

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1892

THÈSE

N° 23

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le 12 mars 1892, à 1 heure

PAR

A.-EDMOND LEFÈVRE

Né à Vireux-Molhain (Ardennes) le 25 Octobre 1865.

Ancien externe des Hôpitaux et du Bureau central.

Médaille de bronze de l'Assistance publique. (1891)

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

ANGIOMES DE LA LANGUE

Président : M. LE DENTU, professeur

*Juges : MM. } BERGER, agrégé
 } QUÉNU et BRUN, agrégés*

PARIS

OLLIER-HENRY, LIBRAIRE-ÉDITEUR

11, 13, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 11, 13

1892

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1892

THÈSE

N° 123

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le 12 mars 1892, à 1 heure

PAR

A.-EDMOND LEFÈVRE

Né à Vireux-Molhain (Ardennes) le 25 Octobre 1865.

Ancien externe des Hôpitaux et du Bureau central.

Médaille de bronze de l'Assistance publique. (1891)

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

ANGIOMES DE LA LANGUE

Président : M. LE DENTU, professeur

*Juges : MM. { BERGER, agrégé
QUÉNU et BRUN, agrégés*

PARIS

OLLIER-HENRY, LIBRAIRE-ÉDITEUR

11, 13, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 11, 13

1892

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.	M. BROUARDEL
Professeurs.	MM.
Anatomie.	FARABEUF.
Physiologie.	CH. RICHET.
Physique médicale.	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales.	BOUCHARD.
Pathologie médicale	{ DIEULAFOY.
	{ DEBOVE.
Pathologie chirurgicale.	LANNELONGUE.
Anatomie pathologique.	CORNIL.
Histologie	MATHIAS DUVAL.
Opérations et appareils.	TILLAUX.
Pharmacologie.	N.
Thérapeutique et matière médicale	HAYEM.
Hygiène	PROUST.
Médecine légale	BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	LABOULBÈNE.
Pathologie comparée et expérimentale.	STRAUS.
	{ G. SÉE.
Clinique médicale	{ POTAIN.
	{ JACCOUD.
	{ PETER.
	{ GRANCHER.
Maladies des enfants	
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.	BALL.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	FOURNIER.
Clinique des maladies du système nerveux.	CHARCOT.
	{ VERNEUIL.
Clinique chirurgicale	{ LE FORT.
	{ DUPLAY.
	{ LE DENTU.
Clinique des maladies des voies urinaires	GUYON.
Clinique ophtalmologique.	PANAS.
Cliniques d'accouchements	{ TARNIER.
	{ PINARD.

Professeurs honoraires.

MM. SAPPEY, HARDY, REGNAULD et PAJOT.

Agrégés en exercice.

MM. BALLET.	MM. FAUCONNIER	MM. NÉLATON.	MM. RIBEMONT-
BAR.	GILBERT.	NETTER.	DESSAIGNES
BLANCHARD	GLEY.	POIRIER, chef	RICARD.
BRISSAUD.	HANOT.	des travaux	ROBIN (Albert)
BRUN.	HUTINEL.	anatomiques	SCHWARTZ.
CAMPENON.	JALAGUIER.	POUCHET.	SEGOND.
CHANTEMES-	KIRMISSON.	QUENU.	TUFFIER.
SE.	LETULLE.	QUINQUAUD	VILLEJEAN.
CHAUFFARD	MARIE.	REITTERER.	WEISS.
DEJERINE.	MAYGRIER.	REYNIER.	

Secrétaire de la Faculté: M. Ch. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

Hommage à sa tendresse.

A MES SŒURS

Hommage d'affectueuse reconnaissance à la plus jeune.

A MA FAMILLE

A MES AMIS



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41554026_0069

A MES DISTINGUÉS MAÎTRES

DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DES HÔPITAUX

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE,

MON CHER ET EXCELLENT MAÎTRE

MONSIEUR LE PROFESSEUR A. LE DENTU

Professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Paris
Chirurgien de l'Hôpital Necker
Membre de l'Académie de médecine,
Chevalier de la Légion d'Honneur.

*Faible hommage d'une vive reconnaissance
et d'un profond respect,*

INTRODUCTION

Les angiomes de la langue ne sont pas des tumeurs banales. Cette rareté relative, leur siège profond et masqué ont sans doute été cause que, pendant une longue suite d'années, ils sont restés lettre morte dans l'art de guérir. Il en fut d'ailleurs ainsi pour la plupart des maladies de la langue, et il est difficile de s'expliquer pourquoi la pathologie d'un organe si complexe, aux fonctions multiples, est restée si longtemps dans l'oubli, alors que ses divers caractères étaient déjà de précieux indices dans tous les états morbides.

Mais, soit que l'attention des chirurgiens, éclairée et mise en éveil par leurs précurseurs, se soit plus spécialement tournée de ce côté ; soit que peu d'affections aient échappé à l'esprit perspicace et investigateur du ^{xix}^e siècle ; grâce surtout au microscope, cet œil providentiel qui a tant de fois déjà aidé la science à franchir le seuil de l'inconnu, on peut dire que la pathologie de la langue n'est plus à faire à présent.

Les angiomes de la langue ont donc été longtemps ignorés, méconnus ou confondus avec ses diverses affections. A tout seigneur tout honneur : c'est J.-L. Petit (1) qui, indiquant leur nature essentiellement vasculaire, les a séparés des autres tumeurs de cet organe et nous en a laissé la première description.

L'élan une fois donné, une pléiade d'observateurs ont marché sur ses traces, et, dans chaque pays, on compte aujourd'hui bon

(1) J.-L. PETIT. *Œuvres postumes*, 1774. I, p. 223.

nombre d'exemples de cette variété de néoplasmes. C'est une justice à rendre que de citer les noms illustres de J. Bell 1801, d'Abernethy 1806, d'Hodgson 1817, de Paget 1863, en Angleterre ; de Graefe 1808, de Meckel 1818, de Pauli 1835, de Luschka 1854, de Virchow, de Rokitansky 1855, d'Esmarch en Allemagne ; de Billroth 1856, à Vienne ; de Scarpa 1830, de Porta, de Rizzoli 1859, de Gamberini 1879, en Italie ; enfin de Bérard 1811, de Dupuytren 1839, de Ch. Robin 1853, de Laboulbène 1854, de Cruveilhier 1856, de Broca 1859, de Cornil et Ranvier en France, qui ont fait la lumière sur la pathologie des angiomes.

Quant aux tumeurs érectiles de la langue, peu d'auteurs s'en sont occupés d'une façon spéciale ; aussi, comme nos prédécesseurs qui ont traité le même sujet et à qui nous avons emprunté de précieux documents, sont peu nombreux :

FOUCHER, Thèse de Paris, 1862
qui a le premier traité cette question.
ARRAGON, — 1883
JULLIAN, Thèse de Bordeaux, 1886
MANON. Thèse de Bordeaux, 1886
COUTENOT, Thèse de Paris, 1887

les sources où nous avons puisé des indications ne sont pas très multipliées. Nous avons cependant pu relever, tant à l'étranger qu'en France, une vingtaine d'observations nouvelles, et nous en remercions les auteurs ; heureux d'apporter notre faible obole à ce chapitre, nous nous sommes efforcés surtout de traiter cette question dans son ensemble.

Avant de quitter cette École si bienveillante pour aller mettre en pratique les leçons que nous y avons reçues, qu'il nous soit permis de remercier de tout cœur, de leur zèle et de leur libéralité, nos maîtres dans les hôpitaux, dont nous garderons toujours le souvenir, et d'offrir le témoignage de notre vive gratitude à M. le Dr d'Heilly qui nous a initié avec un soin éclairé à l'étude délicate des maladies des enfants (Hôp. Trousseau) ; à M. le professeur Pinard qui nous a appris à aider à leur naissance (Clinique Baudelocque) ; à MM. les Drs Lacombe et

Huchard (Hôp. Bichat); à M. le Dr Hallopeau (Saint-Louis); à MM. les Drs H^e Martin, Variot et Juhel-Rénoy (Bureau Central), et à MM. les Drs Hamon, Weber et Rieffel qui furent pour nous non seulement des maîtres, mais des amis.

Enfin qu'il nous soit permis d'exprimer à Monsieur le professeur Le Dentu, qui nous a inspiré le sujet de cette thèse, qui a bien voulu nous faire l'honneur d'en accepter la présidence et qui nous a aidé de ses conseils éclairés, nos sentiments de profonde et de respectueuse reconnaissance, et de le remercier d'une façon toute particulière de la bienveillance avec laquelle il n'a cessé de nous traiter dans le cours de nos études médicales.

Que M. le Dr de Jési et nos amis MM. Delbecque et Giocanti, qui nous ont aidé dans la traduction des auteurs étrangers, reçoivent aussi leur part méritée de nos remerciements.

Paris, le 20 février 1892.

CHAPITRE PREMIER

§ I. — Définition

Les angiomes sont des tumeurs vasculaires qui ont la propriété de devenir turgescents, d'où le nom de tumeurs érectiles qui leur a été donné par Dupuytren.

« Les angiomes consistent essentiellement en vaisseaux de nouvelle formation, ou en vaisseaux qui présentent dans leurs parois des éléments de nouvelle formation (1). »

Selon cet auteur il faut donc en exclure, par définition, tous les cas où la tumeur se compose moins de vaisseaux avec le sang qu'ils contiennent que de sang extravasé : c'est-à-dire les hématomes. Il faut en exclure aussi les cas où les dilatations partielles de certains vaisseaux prennent le caractère de tumeurs, comme notamment les anévrysmes simples et les varices. Toutefois la ligne de démarcation n'est pas ici aussi nette qu'on voudrait l'admettre et la distinction anatomique entre les varices et les angiomes de la langue reste encore obscure.

Les angiomes consistent donc essentiellement en proliférations vasculaires, mais il existe d'ordinaire dans ces tumeurs des dilatations vasculaires ou angiectasies et d'autre part il se fait aussi une prolifération des éléments de la paroi dans la plupart des dilatations vasculaires persistantes (Virchow).

(1) VIRCHOW, Pathologie des tumeurs. T. 4.

CHAPITRE II

§ I. — Anatomie pathologique

Avec MM. Cornil et Ranvier (1) et avec Virchow nous décrirons deux variétés d'angiomes. Dans la première, *angiome simple* (Virchow) ou *télangiectasie* (Carl Graefe) (2) les vaisseaux qui constituent le néoplasme sont semblables aux normaux: artérioles, veinules et capillaires. Dans la seconde, *angiome caverneux*, dénomination qui a été répandue en Allemagne par Meckel (3), *tumeur érectile* (Dupuytren) (4) ou *fungus hématode* de la plupart des auteurs (Maunoir, Lobstein) le sang circule dans un système lacunaire analogue au système caverneux des corps érectiles.

Dans le premier cas, le système capillaire est le siège essentiel de l'affection; les capillaires sont très dilatés, leurs parois présentent des modifications très importantes et une distension souvent considérable, mais les artères et les veines y prennent une part plus ou moins grande, de telle sorte que ce sont tantôt les artères, tantôt les veines qui apparaissent au premier plan.

Dans la seconde variété, il n'y a plus de capillaires, ils sont remplacés par des espaces sanguins de dimensions très variables et par un système de lacunes vasculaires où le sang circule. C'est la forme caverneuse proprement dite, celle qui s'éloigne le plus de l'aspect habituel des vaisseaux (Virchow) (5).

(1) CORNIL et RANVIER. *Histol. path.* t. 2, 244.

(2) C. GRAEFE, *Angiectasie*, p. 76.

(3) JOH. FR. MECKEL, *Handb. der path. Anat.*, Leipzig, 1818.

(4) DUPUYTREN, *clinique chirurgicale* (1839).

(5) VIRCHOW, *loc. cit.*

Quant à la structure intime de ces tumeurs, elle diffère évidemment suivant que l'angiome est simple ou caverneux. Les premiers, (*nævi materni*), congénitaux, simples taches rouges, vineuses ou violacées, siégeant le plus souvent à la face et au cou, sont essentiellement composés de capillaires de nouvelle formation, dont le diamètre dilaté a 40 à 50 μ et pelotonnés à la façon des formations vasculaires glomérulaires (*granulations vasculaires de Porta*). Les vaisseaux qui leur donnent naissance sont très flexueux, plexiformes et leurs parois sont formées d'un endothélium à cellules plates et nucléées, comme celles des capillaires (1). Leurs dilatations sont tantôt assez régulières, cylindriques, tantôt inégales et bosselées, elles portent à la fois sur la longueur et la largeur, d'où leur pelotonnement, leur enchevêtrement, leurs flexuosités (Quénu) (2).

Cette production nouvelle de capillaires a probablement lieu par bourgeonnement des parois vasculaires.

Tel est le premier degré de la tumeur érectile.

Selon Broca (3) les tumeurs érectiles des muqueuses ne se réduiraient presque jamais à de simples taches. Le tissu sous-muqueux est envahi en même temps que la muqueuse et il en résulte une tuméfaction bien appréciable. C'est ce qui ressort en effet de la plupart des observations qui ont été publiées, et les tumeurs érectiles des muqueuses sont des angiomes caverneux qui, ainsi que nous allons le voir, peuvent avoir été en principe de simples *nævi materni*. L'angiome caverneux n'est en effet qu'un degré plus avancé de l'angiome simple ; cette transformation, ce processus morbide s'étant accomplis sous l'influence de l'afflux sanguin qui dilate de plus en plus les capillaires du *nœvus* pour former de petits laes sanguins s'anastomosant finalement les uns avec les autres. A cette période, le tissu érectile est constitué et voici une très intéressante observation due à M. Yersin qui nous en indique la structure histologique.

(1) Dict. DECHAMBRE. *Art. Erection*.

(2) *Nouveau traité de chirurgie* 1891, I, Angiomes.

(3) BROCA, *Traité des tumeurs*, II, p. 217.

OBSERVATION I

Angiome caverneux de la langue.

In Archives de Physiologie normale et pathologique. Tome VII, 1886.
YERSIN, Laborat. de M. CORNIL.

Dans deux autopsies faites cet hiver à l'Hôtel-Dieu, M. Cornil a trouvé à la base de la langue, en arrière du V lingual, deux petites tumeurs saillantes en dos d'âne à la surface de la muqueuse et qui étaient colorées en rouge foncé pour l'une, en rouge clair pour l'autre. Leur diamètre était de 6 millimètres environ. Comme M. Cornil avait trouvé dans une autre autopsie un petit kyste siégeant à la même place et que son attention avait été attirée de ce côté (communications de M. Chaslin à la Société anatomique février 1886) il émit l'hypothèse que ces petites tumeurs pourraient bien être de petits kystes à contenu sanguin. C'est pourquoi nous en avons fait des préparations.

La première de ces petites tumeurs était en angiome caverneux. Elle est formée, à sa partie centrale, de lacs sanguins contenus dans des cavités vasculaires, qui communiquent les uns avec les autres et qui sont en relation avec les vaisseaux très dilatés qui existent à la périphérie. Le chorion de la muqueuse et son revêtement épithélial passent au-dessus de la tumeur sanguine. Tous les vaisseaux du tissu conjonctif sous-muqueux sont distendus autour des lacunes de l'angiome dans une certaine étendue.

La structure fixe de la tumeur est on ne peut plus simple : La paroi de toutes les lacunes sanguines est formée par une membrane fibreuse assez mince, présentant des cellules plates avec des noyaux aplatis, bien colorée par le carmin ou l'hématoxyline et la face interne de cette membrane est tapissée d'une couche de cellules endothéliales normales. Le sang contenu dans les lacunes ou vaisseaux périphériques était certainement en circulation au moment de la mort, car les globules rouges sont normaux et il existe peu de globules blancs au milieu d'eux. Les vaisseaux dilatés de la périphérie nous ont paru appartenir à des capillaires ou à de petites veines.

La seconde de ces petites tumeurs était formée par un kyste superficiel d'origine vasculaire situé à la base de la langue et à travers la paroi duquel on apercevait la couleur rouge du sang qui y était contenu. Ce kyste était situé, au-dessous du chorion muqueux aminci.

Cette observation concorde parfaitement avec cette judicieuse remarque de Broca : les tumeurs érectiles des muqueuses sont bien plus souvent veineuses qu'artérielles.

Les cloisons qui circonscrivent les alvéoles sont formées de tissu fibreux dense pouvant contenir des fibres musculaires, soit de la vie organique, soit de la vie de relation. Elles renferment quelquefois de petits vaisseaux (*vasa vasorum*) ; enfin Esmarch y a pu poursuivre une fois des filets nerveux.

Le sang qui y circule est absolument normal.

Pendant la vie la circulation est très active dans les les angiomes caverneux. Leur observation clinique en fait foi. Ils sont, en effet, érectiles ; leur volume varie très vite ; sous l'influence de l'émotion, des efforts, de la compression de la langue en arrière, par opposition au retour du sang, ils se gonflent, prennent une coloration plus foncée, deviennent plus durs, turgescents et, quelques-uns présentent des pulsations : tous phénomènes dus à l'afflux sanguin. Après leur section, il s'écoule du sang et bientôt il ne reste plus de ces tumeurs qu'une masse spongieuse qui s'affaisse sur elle-même et qui devient molle et flasque, de turgide et dure qu'elle était. (Observation XI).

§ II. — Sièges histologique.

En général les nævi et les angiomes caverneux externes se développent dans le tissu conjonctif sous-cutané. Quant aux angiomes des muqueuses, ou internes, H. Arragon (1) a montré qu'ils sont localisés, à la langue, dans les papilles de la muqueuse et dans le réseau délicat de la couche sous-épithéliale (2).

Un mot sur la structure normale de la langue nous fera mieux saisir leur siège histologique et leur origine. La muqueuse buccale se compose d'un *épithélium* ; d'un *derme* ou *chorion* formé de faisceaux de tissu conjonctif et de fibres élastiques avec les *glandes* et les *papilles* ; et de *tissu conjonctif*.

Les papilles, simples ou composées, sont munies de vaisseaux et de nerfs ; chacune d'elle contient une anse capillaire, une artériole et une veinule. Sous l'influence du processus dont

(1) H. ARRAGON. Thèse inaug. Paris 1883.

(2) Nouveau Traité de chirurgie 1891. Tome I. Angiomes. Quénu.

nous avons déjà parlé, ces petits vaisseaux se dilatent ; cette ectasie repousse devant elle la papille qui s'est hypertrophiée en aplatissant le corps muqueux de Malpighi (Arragon) ce qui est bien conforme à l'observation de M. Yersin (Observation I).

Veineuses ou artérielles, les tumeurs érectiles des muqueuses peuvent être diffuses ou circonscrites ; tantôt aucune limite nette ne les sépare des tissus voisins, tantôt elles sont bien circonscrites et même entourées d'une véritable capsule (angiome capsulé) (1). circonstance qui les rapproche encore davantage des organes érectiles ; mais en général l'angiome simple ne présente pas de limite précise ; c'est à peine si l'on observe à sa face profonde une mince toile celluleuse (2).

§ III. — Étiologie.

L'étiologie des tumeurs érectiles de la langue n'est pas encore nettement déterminée. Si la plupart des angiomes externes ont pour siège de prédilection la tête, la face et sur elles, la région auriculaire, les lèvres, la racine du nez, les joues et enfin les téguments crâniens, (angiomes fissuraux) ce fait tient sans doute à la plus forte vascularisation de ces parties, (von Ammon) ; mais surtout à des causes d'ordre embryologique (Virchow). Et l'on voit que les foyers les plus exposés, que les points *minoris resistentiæ*, à une époque peu avancée de la vie fœtale, sont ceux où existent des fentes, *fentes branchiales* : (fente naso-buccale, fente lacrymale, fente oculaire,) qui ne se ferment qu'à une époque plus avancée de la vie intra-utérine. Il serait donc assez bien établi que les angiomes fissuraux reconnaissent un germe congénital. (Virchow.)

En est-il de même pour les angiomes de la langue ?

On pourrait, il est vrai, incriminer la riche vascularisation de l'organe, ce qui ne serait pas illogique, puisque l'on rencontre le

(1) VIRCHOW, *loc. cit.*

(2) QUÉNU, *loc. cit.*

plus fréquemment des angiômes caverneux dans le foie qui est aussi un organe très richement vascularisé. (Chervinsky (1) Hanot et Gilbert (2)).

« Les tumeurs érectiles, dit Broca, sont presque constamment idiopathiques, c'est-à-dire qu'elles ne dépendent d'aucune influence connue, et tandis que celles de la peau sont plus souvent congénitales qu'acquises, celles des muqueuses, au contraire, sont plus souvent acquises que congénitales. » Cette opinion est en harmonie parfaite avec celle de M. le professeur Pinard, dont l'autorité est grande en cette matière et qui déclare : « J'ai fait de nombreux accouchements, j'examine toujours avec soin la bouche des enfants, et je n'en ai encore jamais rencontré (3). » Depaul affirme au contraire que très souvent on les voit remonter à un état originairement congénital, et il estime que le tiers des enfants qui naissent à la clinique d'accouchements ont des taches érectiles plus ou moins larges qui disparaissent spontanément au bout de quelques jours ou de quelques mois ; mais comme il s'agit d'angiômes externes, cette assertion ne fait que corroborer celle de Broca. Dans beaucoup de cas, on peut, en effet, quant aux antécédents, suivre l'histoire du développement des angiômes caverneux pendant un temps fort long, et tous les auteurs qui se sont occupés des tumeurs érectiles d'une façon générale, c'est-à-dire bien plutôt des angiômes externes que de ceux de la langue et des muqueuses, s'accordent à leur reconnaître une origine congénitale. (LEBERT. DEMARQUAY. BILLROTH. BOECKEL. Statistique de PORTA). Il existerait donc, à la naissance de petites taches rouges, (nœvi materni), germes des futurs angiômes. « Ces taches ne sont pas encore caverneuses, elles ne sont que télangiectasiques. » (Virchow) ; c'est aussi l'opinion de Scarpa.

Quant à notre statistique personnelle, relevé des cas de

(1) CHERVINSKY, *Arch. phys.* 1883.

(2) HANOT et GILBERT, *Mal. du foie*.

(3) Thèse d'Arragon, p. 44

tumeurs vasculaires de la langue publiés dans les thèses qui ont précédé la nôtre, auxquels nous en avons pu ajouter une vingtaine de nouveaux, elle nous porte à croire que la plupart ont eu un germe congénital ; que d'autres ne se sont développées que dans les premiers temps de la vie extra-utérine ; que d'autres enfin, après être restées plus ou moins longtemps latentes, sans inquiéter les malades, ont pris tout d'un coup, sous des influences dont nous allons avoir à parler, une extension qui a nécessité une intervention. Si elles se développent après la naissance, c'est dans les premières années de la vie, pendant l'enfance et l'adolescence. Mais il est excessivement rare qu'elles naissent pendant l'âge adulte ou la vieillesse, quoique Maisonneuve en ait découvert chez les vieillards de Bicêtre et Broca chez ceux de la Salpêtrière (1).

Ces considérations ne présentent d'ailleurs qu'un médiocre intérêt, car « il n'y a aucune différence clinique ou anatomique entre les tumeurs érectiles congénitales et celles qui se développent ultérieurement (2). »

Le *traumatisme* joue un grand rôle dans la genèse des angiomes externes, comme en témoignent les observations de Dupuytren (coup de pied de cheval) ; de Porta (éclat de capsule à la paupière) de Lücke, de J. Bell qui le premier a décrit, comme une cause occasionnelle des angiomes, l'action mécanique : (coup, choc, blessure). On les voit aussi prendre quelquefois naissance sur une cicatrice comme dans un cas de Lawrence, contrôlé par Paget, (cicatrice due à une balle de mousquet) et comme nous en rapportons un exemple de Pietro Gamberini qui l'emprunte au professeur Rizzoli (Observation III).

Mais l'influence qu'il exerce sur celle des angiomes de la langue n'est pas à beaucoup près aussi manifeste. Dans quelques cas les divers traumatismes auxquels la langue est exposée : (morsures, piqûres, brûlures, etc.) ont pu précipiter singulièrement la marche de la tumeur ou en modifier l'évolution, ce

(1) MAISONNEUVE, *Th. de concours clin.*, 1848.

(2) BROCA, *loc. cit.*, p. 163.

dont témoignent plusieurs de nos observations ; mais aucune de ces dernières ne nous autorise à affirmer qu'ils en aient été précisément la cause originelle. Ce que l'on peut voir, par exemple, c'est la propagation à la langue, par extension, de tumeurs siégeant, en principe, dans son voisinage, et réciproquement, l'extension aux organes voisins de tumeurs d'abord linguales.

La part de l'hérédité dans la pathogénie des angiomes est aussi des plus vagues.

Il est vrai que Lücke y croit ; que Chassaignac et Bouchut rapportent, chacun, un fait à l'appui de cette hypothèse ; mais beaucoup d'autres auteurs doutent de cette influence ou la nient. Billroth estime qu'ils ne sont héréditaires qu'à la faveur d'une cause pathogénique unique, d'une prédisposition aux maladies vasculaires. Cette théorie n'est pas sans analogie avec celle de Broca qui nous semble édifiée sur des faits cliniques et il vaut mieux croire avec cet auteur que ces tumeurs sont dues à un trouble de développement (*trouble trophique*), qui a donné lieu à la constitution défectueuse d'une aire du réseau capillaire ; et, dans le cas de tumeurs érectiles nombreuses, étendues, d'invoquer une véritable *diathèse* du système capillaire, phénomène que l'on pourrait peut-être assimiler à la *diathèse hémorragique* (hémophilie, purpura), et aussi à certains flux sanguins (hémorragies hémorroïdaires épistaxis) faits qui sont consignés dans notre neuvième observation ; ou bien encore à une autre prédisposition spéciale, la *diathèse variqueuse* de Schwartz, peut-être placée sous la dépendance de l'arthritisme, de l'herpétisme (Moreau), de la diathèse goutteuse (Verneuil), du diabète (Th. de Manon. Obs. XVIII) et souvent héréditaire.

Il y a d'ailleurs des taches de *purpura hémorragique* dont la structure ressemble beaucoup à celle des angiomes. M. Du Castel (1) donne l'observation d'un cas de ce genre dont M. le Prof. Cornil a fait l'examen microscopique : « Examinée dans

(1) DU CASTEL, *Thèse d'Agrég.*, Paris 1883.

son ensemble, avec ses papilles enfouies sous l'épithélium et possédant des vaisseaux capillaires énormes, cette plaque de purpura ressemble beaucoup aux angiomes capillaires de la muqueuse des lèvres ou de la langue (Cornil). »

L'influence du sexe repose sur des données plus sérieuses et les femmes seraient plus prédisposées au développement des tumeurs érectiles que les hommes. C'est ce qui résulte, du moins, des statistiques de Luigi-Porta, de Lebert, de Bœckel et de Zieclewicz dont la similitude est frappante et qui établissent que les deux tiers des cas relevés appartiennent au sexe féminin.

Notre statistique, qui comprend à peu près tous les cas d'angiomes de la langue publiés jusqu'à nos jours, se répartit ainsi :

Thèse de Foucher = 12 dont 6 du sexe féminin.

— de Jullian = 7 dont 5 du sexe féminin.

— de Coutenot = 6 dont 5 du sexe féminin.

Cas signalés dans notre thèse = 20 dont 13 du sexe féminin.

En tout 45 cas dont 29 du sexe féminin. Soit une proportion un peu inférieure aux précédentes.

Quant à cette ancienne *superstition* accréditée dans le monde qui leur reconnaissait pour origine certaines excitations produites par les idées de la mère (envies, instincts, impressions vives, images fantastiques) ; quant aux histoires de fruits, de vins, de café, de confitures, désirés pendant la grossesse, et de nævus développé à l'endroit où s'est porté le doigt de la mère au moment du désir, elles sont du domaine de la fable (Bœckel). Les émotions, les désirs ne sont pour rien dans le nævus (Broca) et il va sans dire que nous n'en parlons que pour en faire justice.

CHAPITRE III

§ I. — Marche et Symptomatologie.

A. — *Symptômes objectifs.*

Les signes physiques des tumeurs érectiles de la langue sont étroitement liés à leur marche, aussi les décrirons-nous simultanément.

A leur stade initial, les angiomes de la langue sont de simples « *nœvi materni* », congénitaux ou plus souvent acquis, de petites taches télangiectasiques, sans saillie apparente, dont la coloration varie du rouge vif au violet foncé ; n'apportant aucun trouble dans l'exercice des fonctions, comme ceux du foie, par exemple, qu'on ne constate qu'après la mort, ils peuvent passer inaperçus et rester ignorés des malades eux-mêmes, à moins qu'un examen fortuit de la langue ou de la cavité buccale ne vienne en révéler l'existence. Parmi eux, il y en a qui peuvent rester stationnaires pendant toute la durée de la vie. « Les tumeurs veineuses ne se propagent presque jamais » (Broca). D'autres, par une régression lente et spontanée, véritable atrophie due au resserrement ou à l'oblitération vasculaires, peuvent disparaître sans laisser de traces.

Dans ce cas, le stade caverneux n'aura pas été atteint. Mais cette heureuse terminaison, observée surtout dans les angiomes externes, est exceptionnelle pour les angiomes de la langue.

D'autres, et plus spécialement les tumeurs artérielles et diffuses, tendent au contraire à se propager : certaines d'entre elles ont un développement lent, continu, progressif, parallèle à celui de l'organe.

Un de mes amis, jeune homme de 28 ans, porte à la face externe de la jambe droite un nœvus pigmentaire. Ce « seign » (1) représente une ellipse régulière dont les deux axes sont aujourd'hui d'environ 4 et 8 centimètres. Dans ses premières années, cette tache avait une étendue de quelques millimètres seulement, et il a assisté à son développement qui a toujours été en rapport avec celui de la jambe. Les angiomes de la langue se comportent souvent de la même façon.

D'autres, après une période silencieuse et latente plus ou moins longue, sont sujets à des poussées successives, avec temps d'arrêt plus ou moins prolongés ; ils procèdent par saccades ; d'autres enfin présentent tout à coup, soit sans cause appréciable, soit plus souvent sous l'influence de causes manifestes, une marche rapide et envahissante.

Ces causes, bien mises en relief dans quelques-unes de nos observations, sont les injures auxquelles la langue est exposée par sa situation et ses fonctions ; les traumatismes ; la puberté (Desault (2) et (Defrance) ; la grossesse, dont l'influence est indéniable (Obs. XI.) ; l'allaitement et la menstruation, (Obs. VIII) qui déterminent au sein de ces tumeurs non seulement une tuméfaction congestive et passagère, mais un véritable accroissement plus actif ; enfin une maladie grave (Bœckel) ou la constitution pléthorique et sanguine (Treves, Obs. X).

Le rôle de la grossesse est vraiment remarquable et digne d'intérêt.

Pendant cet *état physiologique* les tumeurs des organes génitaux et des parties voisines s'hypertrophient d'une façon considérable. Il en est de même des angiomes de la langue, et, en présence de ce fait d'observation, nous nous sommes demandé s'il n'était pas lié à l'hypertrophie normale du cœur pendant la grossesse et à la suractivité circulatoire qui peut en résulter.

Quant à l'influence des règles, la sensation de gêne et de

(1) Ambroise PARÉ.

(2) *Journal de chirurgie*, de DESAULT.

tension que les femmes qui ont des angiomes y accusent quelques jours avant l'établissement du flux menstruel, elle est sans doute due à une hyperémie fluxionnaire, et cette pesanteur cesse avec lui.

C'est en général quand la tumeur a pris quelque développement, qu'alarmés par un symptôme quelconque, les malades viennent demander conseil.

On découvre alors à l'examen objectif, soit à la pointe, soit à la base ou sur les bords de la langue, soit encore à sa face inférieure ou à sa face dorsale, (l'angiome n'ayant pas d'autre siège de prédilection que son siège histologique), une tumeur de forme, d'étendue et de volume variables : étalée, aplatie ou proéminente, quelquefois polypeuse, adhérente ou jouissant d'une certaine mobilité, nettement circonscrite ou diffuse, n'envahissant qu'une partie de l'organe ou toute son épaisseur et émettant quelquefois des prolongements radiculaires dans le tissu des organes voisins (*gencives, joues, voiles du palais, amygdales, cou, face.*)

Son volume varie de celui d'une tête d'épingle à celui d'une orange. Dans certains cas, on a vu la langue hypertrophiée faire irruption hors de la bouche en une continuelle procidence. Dans un cas observé par Reiche (1) la langue d'un bleu noirâtre, grosse comme une pomme pendait en dehors de la bouche (G. Fischer) (2).

L'aspect des tumeurs érectiles est variable : tantôt elles sont lisses, plus souvent irrégulières, recouvertes d'arborisations vasculaires flexueuses, hérissées de bosselures et creusées de sillons. A leur pourtour on remarque souvent un lacis veineux très développé. Les papilles sont hypertrophiées, serrées les unes contre les autres ; d'autres fois, elles ont disparu.

Elles présentent un signe caractéristique : leur couleur, qui « varie du rouge de la fraise ou de la framboise au rouge bleuâtre. » (3) De sorte qu'à l'œil nu on pourrait croire à un angiome

(1) REICHE. *Deutsche Zeitschrift für chir.* 1889, t. 29. p. 584.

(2) GEORG. FISCHER, *Deutsche Zeitschrift für chir.* 1889, t. 29.

(3) DEMARQUAY.

artériel ou à un angiome veineux, distinction clinique qui ne serait pas d'accord avec la nature même de la tumeur. En réalité il n'y a dans toute tumeur érectile que des vaisseaux capillaires très dilatés, modifiés dans leur configuration. Les tumeurs les plus bleues dites veineuses, laissent, échapper du sang rutilant à la piqure et toutes reçoivent leur sang par les artères, même les angiomes *phlébogènes* développés aux dépens des *vasa vasorum* des veines.

Les tumeurs érectiles donnent au toucher et au palper des sensations variables : au toucher on dirait un ballon dégonflé, qui fuirait sous le doigt.

On a comparé la sensation du palper à celle que donneraient des vers de terre enroulés ou des paquets de ficelle.

La plupart sont molles, souples et présentent de petites zones d'élasticité, de fluctuation ou de rénitence. En les serrant entre les doigts, on sent quelquefois au milieu d'elles, dans les cas où elles ont un volume considérable, de petits noyaux durs et indolores, d'un volume variant de celui d'un grain de millet à celui d'un noyau de cerise, allongés, arrondis et lisses, souvent crétiés au centre et concentriquement stratifiés, qui se sont formés là où le sang s'est coagulé depuis longtemps. Ce sont les calculs veineux ou phlébolithes (Virchow), (angiolithes de Broca).

Les tumeurs caverneuses sont en général réductibles à la pression. La tumeur fuit sous le doigt ; elle se laisse lentement vider du sang qu'elle contient quand on la comprime, en même temps que sa coloration pâlit ; elle se remplit lentement et revient à son volume primitif dès que la pression a cessé.

Cette réductibilité est plus ou moins marquée suivant l'abondance et la densité du tissu connectif des trabécules qui séparent les différentes lacunes les unes des autres et servent de substratum aux vaisseaux.

Mais la propriété vraiment caractéristique des tumeurs caverneuses est sans contredit leur *érectilité* : exemple frappant d'un tissu normal et de propriétés physiologiques qui se retrouvent

dans un néoplasme. Quand le sujet fait des efforts, pousse des cris, quand il parle, quelquefois sous l'influence d'une expiration forte et prolongée et même de certaines excitations intellectuelles vives comme la colère et l'émotion, ou bien encore lorsqu'on exerce une compression au niveau de la base de la langue, en arrière de la tumeur, celle-ci se gonfle, devient dure, turgescente et prend une teinte plus foncée.

Ce phénomène analogue à l'érection des organes érectiles (clitoris et corps caverneux) et qui a valu leur nom à ce genre de tumeurs (Dupuytren) est dû, soit à l'augmentation de l'irrigation sanguine, soit à un obstacle à la circulation de retour.

Les angiomes caverneux de la langue ne sont généralement pas pulsatiles. Deguise fils et J. Brown ont pourtant constaté pendant la tuméfaction de certains angiomes linguaux des battements isochrones aux pulsations radiales, un bruit de souffle systolique, parfois un frémissement ou thrill ; mais ces symptômes doivent indiquer une complication : la dilatation des artères afférentes et on a alors affaire aux anévrysmes cirsoïdes de la langue, décrits par Bryant et Fayrer.

Au surplus il nous a paru intéressant d'appeler l'attention sur cette variété d'angiomes, car c'est la plus grave, et ce signe d'expansion indique une tumeur artérielle qui a la plus grande tendance à prendre une marche rapide et envahissante (Broca.)

B. — *Symptômes subjectifs et fonctionnels.*

Outre les signes d'hyperémie congestive que les femmes accusent quelques jours avant l'apparition des règles, il y a d'autres symptômes fonctionnels.

* Chez les très jeunes enfants, la tumeur, quelque peu développée, peut gêner la succion, la déglutition et si elle siège profondément, à la partie la plus reculée de la base de la langue, s'accompagner, même chez les adultes, de phénomènes asphyxiques. Chez ces derniers, quand elle a acquis un certain développement, elle entrave les fonctions de la mastication, de la

déglutition, de l'expuition et de la parole. Le malade *blaise* ; sa langue, moins souple, moins mobile, se laisse souvent mordre.

La sécrétion salivaire est la plupart du temps augmentée (Obs. vi) ce qui résulte sans doute de la suractivité circulatoire au sein des glandes sous-maxillaires.

En aucun cas la sensibilité gustative au siège de la tumeur n'a été altérée.

Les angiomes de la langue sont en général indolores. Mais de même que certains angiomes externes, vrais névrômes par les symptômes, deviennent le siège de vives douleurs localisées ou irradiées, spontanées ou provoquées (Trélat et Monod) (1), Terrillon (2), ceux de la langue sont quelquefois aussi le siège de douleurs plus ou moins vives (Obs. vi et xix). Selon ces auteurs, ces douleurs névralgiformes seraient dues à l'emprisonnement de quelques filets nerveux dans le tissu fibreux de la tumeur.

Enfin les tumeurs érectiles de la langue ne s'accompagnent pas de symptômes généraux ; les fonctions digestives ne sont pas troublées, sauf chez les nouveau-nés ; ce n'est que quand elles ont donné lieu à des hémorragies abondantes et répétées que les malades, affaiblis, anémiques sont sujets à des désordres de la nutrition, à des vertiges et à des syncopes.

(1) Gaz. hebd. 1874. *Bulletin et mém. soc. chir.* Paris, n. 3, 1877. 632.

(2) Progrès méd. 1884.

CHAPITRE IV

§ I. — Diagnostic

Les signes pathognomoniques des angiomes de la langue sont donc :

leur *congénitalité* fréquente ;
leur *coloration* caractéristique ;
leurs *propriétés érectiles* ;
et leur *réductibilité* à la pression.

Les signes accessoires sont l'indolence, la sensation variable de mollesse ou de fluctuation, de rénitence et d'élasticité qu'elles donnent au palper ; les petits noyaux d'induration indolores qu'on y rencontre quelquefois ; le lacis de bosselures variqueuses qui les recouvre, enfin l'absence de grands symptômes fonctionnels et de réaction générale.

Quand ces divers symptômes seront réunis dans une tumeur de la langue, on pourra affirmer sans hésitation que l'on est en présence d'un angiome.

Le *diagnostic* des tumeurs caverneuses de la langue est donc en général chose facile, car il n'y a pas de tumeurs chez qui on rencontre à la fois réunis les signes précédents. Certaines tumeurs solides ou liquides, peuvent cependant avoir avec elles une certaine ressemblance et prêter à la confusion.

Ce sont :

le *fibromé* ;
les *gommes syphilitiques et tuberculeuses* ;
l'*épithéliome* ;

le *lipome* ;
les *kystes dermoïdes* et *mucoïdes* ;
les *anévrismes* ;
la *grenouillette* et les *varices* de la langue.

Le *fibrome* de la langue est une tumeur assez rare, plus ou moins vascularisée et mollassée ; il peut présenter une fausse fluctuation, et sous l'influence d'irritations répétées, devenir hémorragique ; mais il n'est jamais réductible, il n'est pas érectile, enfin son origine n'est pas aussi reculée que celle de la tumeur qui nous occupe.

Les *gommes syphilitiques* de la langue sont toujours d'apparition récente. Elles sont superficielles ou profondes.

Les premières, superficielles, avant de s'exulcérer forment de petites nodosités disséminées, enchassées dans le derme de la muqueuse, et donnent, au toucher, la sensation d'une induration appréciable ; à la vue, l'aspect d'un léger relief.

Les secondes, sous-muqueuses et musculaires, sont de véritables tumeurs dont le volume varie de celui d'un haricot à celui d'une noix. Elles sont solitaires ou multiples et, dans ce cas, la langue présente un volume gigantesque. Suivant le langage imagé de Ricord, « *elle paraît rembourrée de noisettes*. » De plus, l'organe a perdu sa mobilité, sa souplesse, il est devenu maladroit et se laisse souvent mordre.

Si ces caractères étaient insuffisants, un examen général et plus approfondi (peau-muqueuses-squelette) les commémoratifs et, par hasard, la découverte de lésions antérieures ou contemporaines, enfin le traitement spécifique, véritable pierre de touche, mettraient sur la voie du diagnostic.

Il n'est pas sans intérêt d'ajouter que, bien que les tubercules syphilitiques soient d'un rouge sombre ou violacé et qu'ils aient une grande tendance à l'ulcération, ils ne sont pas hémorragiques.

L'*épithélioma* de la muqueuse linguale, même devenu très vasculaire et téléangiectasique (angio-sarcôme) sera difficilement confondu avec l'angiôme. Sa surface, sanieuse, grisâtre, recou-

verte de bourgeons charnus, suintante, saigne au moindre contact, sa base a une consistance plus ferme, et il n'est pas compressible. Les tumeurs de mauvaise nature se rencontrent de préférence chez des sujets déjà âgés, elles ont une marche rapide, s'accompagnent de douleurs lancinantes, d'engorgement ganglionnaire, enfin d'une impotence fonctionnelle qu'on ne retrouve dans aucune autre affection, et de cachexie.

Le *lipome* donne lieu à une fluctuation fausse; il est mollassé irréductible; sa coloration n'est pas bleuâtre comme celle des angiomes, enfin il ne s'accompagne pas de dilatations variqueuses, il est multilobulé et on voit, par transparence, la couleur des pelotons adipeux.

Les *Kystes dermoïdes et mucoïdes* de la cavité buccale, tumeurs excessivement rares, sont d'une indolence absolue, constamment et complètement irréductibles (1).

Le contenu des premiers (purée grisâtre analogue à la matière cérébrale ou à une châtaigne cuite, poils) les rend opaques.

Les seconds, qui contiennent un liquide muqueux ou gélatineux, sont plus ou moins transparents.

Les uns et les autres ont généralement une situation médiane, profonde sous la langue et font sous le menton une saillie sensible.

La *grenouillette* est transparente, indolente, fluctuante et habituellement superficielle; elle est située au niveau du frein et occupe le plancher de la bouche.

Les *lésions tuberculeuses* de la langue se rencontrent assez souvent chez des individus déjà infectés.

A ce niveau, le *lupus* est d'une rareté exceptionnelle.

Quant aux *foyers* profonds et parenchymateux de tuberculose (*abcès froids*) ils débutent sous forme d'une petite nodosité interstitielle, isolée, quelquefois multiple, indolore, en un mot par une *gomme* qui, peu à peu, se ramollit, devient fluctuante, finit par s'ouvrir et aboutit à une fistule.

Le Dr Bock de Bruxelles, a décrit récemment une variété de

(1) LANNELONGUE ET MÉNARD. Tumeurs congénitales, 1891.

tumeurs hémorragiques intra-linguales chez un homme qui avait eu des hémoptysies et mourut peu de temps après, tumeurs différant des tumeurs anévrysmales par leur mode d'apparition et de guérison et dues, selon lui, à des altérations vasculaires probables par des tubercules miliars.

Nous ne pouvons mieux faire que de citer cette intéressante observation qui montre combien le diagnostic de ces tumeurs linguales est parfois délicat.

OBSERVATION A. (1).

Le nommé C..., 36 ans (tuberculose pulmonaire et ataxie locomotrice) présente de temps en temps de petites tumeurs intra-linguales, du volume d'un noyau de cerise, apparaissant rapidement et accompagnées de picotements. Ces tumeurs sont dures au toucher, élastiques non douloureuses et disparaissent régulièrement en dix ou quinze jours. Elles occupent généralement l'épaisseur de l'organe. Cependant nous en avons vu survenir une à sa surface et présenter absolument l'apparence d'une petite tumeur anévrysmale de nature veineuse. Elle était bleuâtre, rénitente, mais sans frémissement. Les jours suivants, la rénitence avait disparu, la coagulation s'était faite et dix jours après, il n'en existait plus de traces.

La nature de ces tumeurs était donc nettement hémorragique ; l'absence de frémissement, leur disparition rapide, leur répétition fréquente semblent exclure l'idée d'anévrysmes.

Les *anévrysmes, circonscrits* ou *diffus*, sont des tumeurs rares à la langue. Leur origine est le plus souvent traumatique. Leur marche est plus rapide que l'angiome, enfin on y perçoit un léger frémissement, des pulsations isochrones aux battements du cœur, parfois un souffle systolique et ces phénomènes d'expansion ne se rencontrent que dans les angiomes compliqués de dilatation des artères afférentes, c'est-à-dire dans ceux qui ont subi la dégénérescence cirsoïde (2).

(1) Dr BOCK. *La clinique*. Bruxelles, 1891.

(2) Terrier. Th. d'Agrégat. 1872. *Anévrysme cirsoïde*.

Il y a cependant des cas où le diagnostic des tumeurs érectiles de la langue est entouré de difficultés, par exemple quand on a affaire à de petits angiomes ulcérés, hémorragiques, situés à la partie la plus reculée de la base de la langue et donnant lieu à des expectorations sanglantes qui peuvent faire croire à des hémoptysies comme en témoignent le cas de Lazarus (Obs. xvii) et les deux cas de Manon (1).

Aussi, en présence de tels symptômes, pour éviter des erreurs préjudiciables aux malades faudra-t-il toujours examiner minutieusement tous les points de la cavité buccale, le fond de la gorge et le voisinage de l'épiglotte en se servant au besoin du miroir laryngoscopique.

Quant aux *varices* de la langue, elles ont pour siège de prédilection la partie de la face dorsale située en arrière du V lingual et la dernière moitié de la partie libre de la face inférieure. Elles sont cylindroïdes, ampullaires ou en chapelet; circonscrites ou non; rectilignes ou serpentine; elles sont de forme étoilée ou se présentent sous l'aspect d'élégants pinceaux à la base de la langue. Leur coloration est d'un noir bleuâtre ou d'un violet foncé; leur piqure donne issue à du sang veineux. Elles peuvent enfin augmenter aussi à l'époque des règles et sous l'influence de l'effort et renfermer des phlébolithes (Manon).

Le diagnostic n'est donc pas ici des plus faciles.

(1) MANON. Thèse de Bordeaux 1886-87. *Des varices de la langue*. Obs. xviii et xxi.

CHAPITRE V

PRONOSTIC.

*Évolution. — Transformations. — Complications. —
Terminaisons.*

Les diverses transformations (1) que les tumeurs érectiles peuvent subir dans le cours de leur évolution ne sont pas le côté le moins intéressant de leur histoire.

Parmi ces modifications, les unes sont favorables, et, par leur concours, influent d'une façon heureuse sur la marche et la terminaison de la tumeur ; les autres, au contraire, surviennent à titre de véritables complications. Dans tous les cas, le pronostic peut être considérablement modifié, et, chemin faisant, nous aurons l'occasion d'en parler.

Nous ne parlerons plus de la transformation de l'angiome simple en angiome caverneux (Virchow).

Nous avons déjà vu que la marche des angiomes est des plus variables. L'état stationnaire est sans doute très fréquent et beaucoup de tumeurs érectiles exemptes de symptômes fonctionnels doivent rester ignorées ; cet état serait l'apanage des tumeurs veineuses ; la marche envahissante, au contraire, serait plus spécialement celui des tumeurs artérielles, souvent compliquées d'*anévrisme circôide* (Broca).

D'autres tumeurs, congénitales, à marche rétrograde, n'ont qu'une existence éphémère (Depaul, Vidal de Cassis, Moreau). D'après Cooke (2), cette guérison spontanée serait la règle ; mais on sait ce qu'il faut penser de cette exagération. On ne

(1) DUCHEMIN. *Thèse de Paris*, 1880.

(2) COOKE. *London*, 1865.

doit généralement pas compter avec elle, car les tumeurs artérielles ont une grande tendance à l'envahissement, et on ne sait pas toujours exactement si l'on a affaire à un angiome veineux ou artériel.

Quant à l'*atrophie* ou *régression spontanée* (Broca) phénomène qui se produit aussi dans le cas de ligature des artères afférents (1) la cause en échappe souvent. Selon Virchow, un certain degré de faiblesse générale la favoriserait. Se fait-elle par un mécanisme analogue à l'oblitération spontanée des vaisseaux chez le fœtus? par thrombose? A l'appui de cette hypothèse on peut citer la formation de phlébolithes et de caillots stratifiés qui sont la preuve de la coagulation du sang dans les mailles du réseau.

Ce phénomène pourrait encore se produire de la façon suivante : sous l'influence de certaines irritations le tissu connectif des trabécules qui forme le stroma du néoplasme, s'hypertrophierait par une prolifération active des cellules et les espaces sanguins envahis par le processus, s'oblitéreraient peu à peu, de sorte que des tumeurs primitivement vasculaires, deviennent fibreuses. (Obs, vi et xx) C'est la *dégénérescence fibreuse*, observée par Bérard, Lücke, Bœckel et Virchow; transformation des plus intéressantes et des plus favorables puisqu'elle peut amener la guérison spontanée de la tumeur et que plusieurs modes de traitement tendent au même résultat. Mais cette guérison spontanée est exceptionnelle, c'est une terminaison heureuse sur laquelle il ne faut guère compter et les angiomes caverneux sont des tumeurs rebelles.

Certaines tumeurs érectiles, surtout les tumeurs artérielles ont un développement lent et progressif, en rapport simple avec celui de l'organe, pendant lequel on a observé d'autres altérations nutritives.

Sous une influence quelconque, certaines portions de l'an-

(1) BERTHERAND. *Union médicale*. 1860, t. VIII. 258.

giome s'isolent du reste de la tumeur et se transforment en une foule de petits *kystes* remplis d'un liquide séreux, avec productions hématiques, résultant de l'oblitération de certains canaux de communication, de l'isolement d'un bourgeon vasculaire et des métamorphoses que le sang subit dans son intérieur (1).

C'est la *dégénérescence kystique*, observée par Laboulbène (2), Bell (3), Holmes Coote (4), Lücke (5), Hawkins (6).

Nous avons déjà eu l'occasion de parler de l'infiltration calcaire dont les angiomes étendus peuvent être le siège (*phlébolithes*). On peut constater aussi des dépôts stratifiés de fibrine et la formation de caillots, comme dans les anévrysmes.

Une transformation plus importante, qui aggrave singulièrement le pronostic, en ce sens qu'elle est une complication dangereuse et qu'elle indique que la tumeur prend une marche envahissante, c'est la *dégénérescence cirsoïde*, c'est-à-dire la dilatation des artères afférentes et des veines efférentes, dont nous avons déjà donné les signes.

En même temps la tumeur progresse, soit par accroissement interstitiel, en volume ; soit par propagation (envahissement des tissus voisins : joues, lèvres, gencives, face) ; soit surtout en surface, les vaisseaux voisins se dilatant, s'allongeant, devenant de plus en plus sinueux et leur nombre augmentant par néoformation, véritable *travail angiopoïétique* (7).

Certains auteurs ont signalé la transformation en sarcome ou carcinome tégangiectasique d'une tumeur primitivement caverneuse. Lücke (8), Duchemin (9) et Duret de Lille (10) en

(1) Dict. DECHAMBRE. ART. *Erectiles*.

(2) LABOULBÈNE *Th. inaug.* Paris 1854.

(3) BELL. *Surg. Works*; Edimbourg, 1801 t. I, 439.

(4) LONDON *méd. gazette*. vol. x. p. 415. 1850.

(5) LUCKE. *Die Angiome*, Erlang, 1869.

(6) LONDON *méd. gazette*. vol. XXXVII. p. 4025. 1846.

(7) PORTA. *dell'Angiectasia. Milano*. 1861. p. 20.

(8) LUCKE. *Virchow's Archiv*. t. XXXIII, p. 336.

(9) DUCHEMIN. *Th. Paris* 1880.

(10) DURET. *Arch. de physiologie*. 1873. III. 319.

rapportent chacun un exemple. L'évolution rapide de quelques angiomes les rapproche en effet de certains néoplasmes de mauvaise nature, et il semble que leur richesse de vascularisation et les néoformations capillaires soient aussi redoutables, toutes choses égales d'ailleurs, que la surabondance des cellules embryonnaires dans les tumeurs dites malignes. Et l'on conçoit sans peine toute la gravité d'un tel processus, heureusement exceptionnel.

Enfin, sous l'influence de quelques causes que nous connaissons déjà (grossesse, menstruation, puberté, traumatismes), certains angiomes ont une évolution rapide et peuvent procéder soit par poussées brusques, par saccades, ; soit prendre subitement une marche envahissante. Les varicosités augmentent; la tumeur s'accroît, devient quelquefois pulsatile; les parois vasculaires se dilatent, s'amincissent, sont le siège d'une véritable usure, et tôt ou tard, soit spontanément, soit à la suite de toutes sortes d'hyperémies congestives, ou des moindres actions mécaniques, il se produit à leur surface des érosions, des ulcérations, des ruptures vasculaires accompagnées d'hémorragies abondantes, isolées ou répétées qui mettent la vie en danger (Obs. vi et x) A. Baker (1) cite le cas d'un nævus du rectum qui entraîna la mort par hémorragie.

En dehors de ces transformations qui peuvent avoir lieu au sein des angiomes, on a pu observer à la langue certaines formes de *tumeurs mixtes*, combinaisons bâtardes de fibrome et d'angiome (Obs. VI et xx) soit que, comme le font remarquer M. le Dr G. Fischer (2) et M. Quénu (3), une tumeur primitivement fibreuse soit devenue ultérieurement angiomateuse ou plutôt caverneuse, métamorphose pour laquelle on a créé les dénominations de fibromé télangiectasique ou caverneux, soit

(1) A. BAKER, *Med. Times*. 1883.

(2) *Deutsche Zeitschrift für chirurgie*, 1889, vol. 29.

(3) *Nouveau traité de chirurgie* 1891, T. 1. Angiomes.

qu'un angiome caverneux ait subi la dégénérescence fibreuse, comme cela se passerait dans le foie. (Lücke) (1).

Nous n'avons pas connaissance qu'on ait observé à la langue la variété d'angiome dite lipogène, c'est-à-dire en voie de dégénérescence adipeuse, d'ailleurs, le tissu adipeux se prêtant bien à la transformation caverneuse, il ne serait pas facile d'attribuer la priorité à l'un ou à l'autre des processus. (Quénu).

Quant aux autres formes de tumeurs mixtes que l'on a encore rencontrées à la langue, ce sont :

- un fibro-myome (2)
- un ostéo-fibrome (3)
- un fibro-lipome (4)

mais ce sont des cas d'une rareté exceptionnelle et nous n'en parlons qu'à titre de simple curiosité.

Le pronostic est donc soumis à de nombreux éléments. Il dépend d'abord des diverses transformations que les angiomes sont susceptibles de subir. Les unes, comme les dégénérescences cirsoïde et caverneuse, par exemple, l'aggravent beaucoup.

La marche de la tumeur entre sérieusement en ligne de compte ; mais le symptôme le plus grave est l'hémorragie, qui nécessite toujours une intervention active.

Le pronostic est encore étroitement lié à une foule d'autres circonstances, tel que le volume et le siège de la tumeur, l'âge du sujet, son état général, etc. Un angiome diffus, envahissant peut devenir et incurable à cause de son étendue (Cas de Chassaignac).

Les angiomes de la base de la langue, du voisinage de l'épiglotte, souvent inaccessibles, sont bien plus redoutables que ceux des bords ou de la pointe, surtout chez les tout jeunes enfants chez qui ils pourront apporter une gêne considérable dans la respiration et la nutrition ; de sorte que l'on peut dire d'une façon

(1) *Virchow's Archiv.*

(2) BLANC et PONCET. *Gaz. hebdomadaire de médecine et de chirurgie*, 1884, n° 37.

(3) ZAHN. *Deutsche Zeitschrift für Chirurgie*, XXII, 1885.

(4) E. ALBERT. *Wiener medizinische Presse*, 1885, n° 6.

générale que le pronostic doit être d'autant plus réservé que le sujet est plus jeune.

En résumé les angiomes de la langue rentrent dans la variété clinique des tumeurs dites bénignes, en ce que, extirpés radicalement, ils ne récidivent pas et n'ont aucune tendance à se généraliser. Mais en leur présence le pronostic reste cependant sérieux, et l'on aura toujours présents à la mémoire les rapides progrès qu'ils peuvent faire, les hémorragies auxquelles ils peuvent donner lieu et les opérations dont ils sont justiciables.

« Le point qu'il importe de mettre en évidence, c'est que toute tumeur, toute tache érectile, quelque minime qu'elle soit, quelque stationnaire qu'elle paraisse, peut tôt ou tard faire des progrès et affecter une marche inquiétante. Ce n'est pas une raison pour établir en règle que toutes les tumeurs érectiles doivent être opérées, mais toutes doivent être surveillées et dès que l'on voit paraître la moindre tendance à l'accroissement, il est formellement indiqué de recourir à un traitement chirurgical (1) ».

(1) BROCA *Traité des tumeurs*. ii, 227.

CHAPITRE VI.

Traitement

Il existe peu d'affections chirurgicales pour lesquelles on ait eu recours à plus de moyens thérapeutiques que pour les tumeurs érectiles. Pourtant, malgré ce luxe de procédés opératoires qui semble indiquer l'inefficacité de beaucoup d'entre eux, le chirurgien se trouve souvent encore embarrassé en présence des angiomes de la langue. Cela tient d'abord à ce que beaucoup de méthodes, applicables à la cure des angiomes externes, cessent de l'être, on le comprend sans peine, pour ceux de la langue. Parmi ces moyens nous citerons la compression, la vaccination, les caustiques, la pâte de Vienné. Cela tient surtout à la variété infinie des conditions suivant lesquelles se présentent les tumeurs caverneuses ; d'où il résulte qu'on ne peut établir ni règles fixes, ni proposer une méthode unique et exclusive de traitement. « La multiplicité des procédés est la conséquence nécessaire de la multiplicité des formes sous lesquelles se présentent les tumeurs érectiles et de la gravité variables de leurs complications » (Broca.).

Plus que dans toute autre espèce de tumeurs, le chirurgien devra donc peser les caractères spéciaux de chaque cas, rechercher les indications opératoires et en déduire la conduite à suivre.

Quoiqu'il en soit, on le sait, les tumeurs érectiles ne sont pas de celles qu'on puisse abandonner à elles-mêmes. On attaquera donc celles qui sont stationnaires, et, à plus forte raison, celles qui sont envahissantes. Le point essentiel est d'intervenir de bonne heure, le plutôt possible, car telle tumeur, fa-

cilement curable dans les phases initiales de son développement, demandera plus tard en vertu de l'axiôme connu, des moyens plus énergiques. A la variété des tumeurs on opposera la variété des procédés ; parfois même il sera nécessaire d'en associer plusieurs pour la guérison de certains angiomes. Mais l'arsenal thérapeutique est assez riche pour que l'on puisse dire qu'une tumeur érectile étant prise à temps, on pourra toujours en venir à bout.

Les procédés multiples que l'on a employés tour à tour, avec des alternatives de succès et d'insuccès, se rapportent à trois chefs principaux qui sont :

1° *Les modifications apportées dans la tumeur par un processus inflammatoire provoqué.*

2° *La diminution ou l'interruption de l'afflux du sang dans la tumeur ;*

3° *L'extirpation radicale ;*

§ 1 MODIFICATION DE LA TUMEUR.

On se propose de provoquer une inflammation pour amener une cicatrice profonde qui, en se rétractant, resserrera ou oblitérera la lumière des vaisseaux, étouffera le tissu morbide et produira l'atrophie de la tumeur, phénomène analogue à la *dégénérescence fibreuse spontanée*.

Cette méthode est féconde en procédés.

P. Gamberini rapporte dans son *Traité des maladies de la Langue* (1) l'observation suivante : « Brown a observé chez une petite fille, peu après la naissance une petite tumeur à la face inférieure, du côté gauche et à une petite distance de la pointe de la langue. Longtemps elle resta stationnaire, puis se mit à croître et fut soumise à divers traitements. Un chirurgien l'ayant ponctionnée, li en résulta une hémorragie grave. Finalement

(1) Pietro GAMBERINI. *Loco citato*.

elle fut examinée par Brown qui trouva une tumeur du volume d'une fraise, molle, compressible, rouge-pourpre, constituée par un amas de vaisseaux sanguins ; elle était pulsatile sous la pression du doigt. D'après ces signes Brown fit le diagnostic d'*anévrisme par anastomose*. Il l'aurait enlevée séance tenante, mais vu l'état précaire de la santé de la fillette, il prescrivit quatre pilules bleues tous les deux jours au soir, et un purgatif léger le jour intermédiaire. Au bout de quinze jours de ce traitement, il y eut une abondante salivation, avec gonflement énorme de la langue, suivi d'ulcérations très douloureuses. Cet état persista pendant trente-cinq jours. Tant que la langue fut tuméfiée, la tumeur resta invisible ; quand elle fut revenue à son volume normal, la tumeur était complètement disparue, laissant à sa place une légère excavation. Quatre mois après, la guérison s'était maintenue complète.»

Voici donc un cas où une stomatite mercurielle intense aurait amené la guérison d'une tumeur érectile de la langue.

Le Dr Tillieux, de Courtray a réussi à faire disparaître en trois semaines, au moyen de frictions avec le *salpêtre*, préconisé par le Dr Mangenot, une tumeur érectile de la base de langue mesurant 2 cent. de longueur sur 1 cent. 1/2 de large, chez une jeune fille (1).

Fred. Treves (obs. X.) a obtenu un résultat identique au moyen d'attouchements répétés avec une solution d'*acide chromique* à 10 pour 100.

Les injections interstitielles coagulantes dont Monteggia (1813) et Lloyd (1828) ont donné les premiers l'exemple, constituent le procédé le plus important de cette méthode.

M. le Dr Polaillon a obtenu la guérison d'un triple angiome de la langue au moyen des injections d'une solution au 1/10 de *tannin* dans l'alcool. Il est vrai que la guérison a été achevée avec l'aide du thermocautère. (Thèse de Coutenot. Obs. n° II.)

Le Dr Fayrer de Calcutta a obtenu le même résultat au moyen d'une forte solution d'*acide tannique*. (Obs. IV.)

(1) *Gazette médicale*. 1881.

Bœck, de Christiania (1885.) a obtenu des effets très satisfaisants et une prompte coagulation du sang avec les injections interstitielles de *chloral* à 10 pour 100. (*Sem. méd.* 1885. p. 98.)

M. de Saint-Germain et son élève M. Broussolle recommandent les injections de *liqueur de Piazza*, qu'ils ont expérimentées chez les enfants. Cette liqueur coagule le sang sans déterminer aucune escharrification. Elle a pour base le perchlorure de fer. Voici sa *composition* :

}	Perchlorure de fer	25 grammes.
	Chlorure de sodium	15 —
	Eau distillée	60 —

Pour pratiquer ces injections, on devra prendre certaines précautions et voici les règles suivant lesquelles elles doivent être faites.

Une compression exacte et efficace sera exercée autour de la tumeur avant, pendant et après l'injection.

Au moyen de la seringue de Pravaz dont on enfoncera bien l'aiguille au centre de la tumeur on y instillera de 10 à 15 gouttes de la liqueur au maximum.

En voici maintenant les effets : « L'injection pratiquée, la tumeur devient dure, se consolide, change de couleur à cause de la coagulation du sang, c'est-à-dire de la production de lymphes plastiques et de tractus fibreux cicatriciels enserrant les vaisseaux et s'opposant à leur nutrition. La tumeur est ainsi enrayée dans son développement (1). »

M. Duret de Lille a obtenu par le même moyen la guérison d'un angiome palatin (2).

Grâce à ces précautions sur lesquelles M. de Saint-Germain insiste avec raison et qu'il ne faudra jamais perdre de vue en face d'un organe vasculaire comme la langue, on se mettra à l'abri des accidents redoutables que l'on a vu se produire en

(1) DE SAINT-GERMAIN. *Gazette des hôpitaux*, 1883. p. 441.

(2) *Journal des sc. méd.* Lille. 22 juillet 1887.

quelques cas malheureux à la suite d'injections coagulantes. Ce moyen qui lutte avec efficacité contre de petits angiomes, est souvent insuffisant. Il échoue la plupart du temps dans les cas de tumeurs étendues. On agira avec une sage prudence en le proscrivant quand celles-ci se composeront de vastes lacs sanguins; quand on aura observé à leur surface de gros vaisseaux dilatés, indice d'une large communication avec la circulation générale, car il pourrait en résulter les plus funestes conséquences. On a vu le thrombus auquel ces injections donnent lieu se canaliser, des caillots flottants s'en détacher et la mort survenir en peu d'instant par embolie pulmonaire. (Cas de Saint-Germain. *in Th.* de Didier).

Il est une autre méthode, née en ces dernières années (1) que nous ne pouvons passer sous silence quoiqu'elle ait été très peu usitée dans le traitement des angiomes de la langue : c'est l'*Electrolyse*. La méthode électrolytique, employée surtout dans la cure des angiomes externes, a donné de bons résultats entre les mains de Nélaton. (2), de Delore, de Lyon (3) et de M. le professeur Le Fort, qui s'en est beaucup servi. MM. Redard et Bardet en ont vanté les heureux effets au m^e Congrès de chirurgie. 1888 (Washington).

Enfin le *Nouveau Traité de chirurgie* de MM. Duplay et Reclus renferme une excellente description du procédé par M. le Dr Quénu (4).

La méthode électrolytique n'a encore été jusqu'à présent que très rarement employée à la cure des tumeurs érectiles de la langue. Aussi, faute de documents nous abstiendrons-nous d'en parler. Mais cette méthode nécessite une technique spéciale et une instrumentation onéreuse; elle n'est pas à la portée de tous les chirurgiens. De plus, c'est un procédé lent, très douloureux, qui demande de nombreuses séances et qui réclame de la part des petits enfants une qualité qu'ils n'ont pas toujours, la doc-

(1) CINISELLI. *Crémone*. 1860.

(2) *Communication à l'Académie des sciences*. Juil. 1864.

(3) *Congrès de Blois*. 1883.

(4) *Nouveau traité de chirurgie*. T. I. pages 494 à 497.

lité; enfin l'extrême mobilité de la langue elle-même peut la rendre rebelle à ce mode de traitement.

L'Electrolyse a pourtant donné d'excellents résultats dans la cure des angiomes des lèvres et notre ami Heins en cite plusieurs observations remarquables (1).

D'ailleurs la guérison peut être obtenue d'une façon plus simple et plus rapide par un autre procédé : c'est l'*ignipuncture profonde*, c'est-à-dire la cautérisation centrale de la tumeur au moyen du thermo-cautère, en se servant de la pointe très fine que l'on emploie en dermatologie. En détruisant le centre de la tumeur, les artères et les veines, afférentes s'atrophient d'elles-mêmes. (*Th. de Décès de Reims*). Ce procédé a donné des résultats vraiment remarquables. (Nüssbaum, Polaillon, Fridenberg). (Obs. viii) Le Dentu. (Obs. xix). C'est sans doute l'un des meilleurs que nous possédions, car il présente cet avantage de pouvoir combattre à la fois des tumeurs superficielles et petites, profondes et diffuses, sans danger d'hémorragie. La pointe fine sera portée au rouge sombre, le rouge vif étant trop hémorrhagique, et l'on fera avec elle au sein de la tumeur, des ponctions simples, plus ou moins profondes suivant les cas. Elle ne cause pas d'hémorragie. Il est bon de savoir que les effets ne sont complets qu'au bout de quelques mois, il ne faut donc pas se hâter de faire une seconde séance de cautérisation (Quénu).

§ 2 DIMINUTION DE L'APPORT DU SANG

On a obtenu quelquefois ce résultat par *la ligature des artères afférentes*. Mais encore faut-il pour la pratiquer et pour qu'elle réussisse que les artères de la région participent dans une large mesure à l'accroissement de la tumeur. Parfois les vaisseaux désignés sont les plus voisins de la tumeur, parfois ce sont les vaisseaux principaux de la région. Ainsi dans le cas de tumeur érectile de la langue il faudrait procéder à la ligature des artères employée heureusement aussi. Mais pour éviter des accidents cé-

(1) HEINS. *Thèse inaug.* Paris, 1892.

(2) *Med. chirurg. Trans.* 1843 ii, p. 4 et 1845. vi. p. 444.

rébraux qui peuvent résulter de cette opération, il vaut mieux, à l'exemple de Maisonneuve et de Richet, s'en tenir à la ligature linguales ou même de la carotide externe. Travers et Dalrymple (2) auraient obtenu des succès par la ligature de la carotide primitive dans le traitement des angiomes de l'orbite. Demarquay l'aurait de la carotide externe (Bœckel) (1). Mais à cause de la circulation collatérale, elle n'est pas toujours efficace (Dupuytren).

D'ailleurs ce procédé n'est pas fort usité en France et si on l'a pratiqué, c'était plutôt comme moyen préventif par crainte d'hémorrhagie lors de l'excision, ou comme moyen curatif, pour venir à bout d'une hémorrhagie grave.

§ 3 EXTIRPATION RADICALE.

L'extirpation radicale est le véritable traitement des angiomes de la langue. C'est le plus sûr et le plus rapide. Malheureusement il n'est pas toujours applicable; on ne peut le mettre en œuvre que dans les cas d'angiomes de petit volume, enkystés et bien accessibles.

(Le Dentu. obs. vii) (Martel de Saint-Malo. obs. xv)

Thèse de Coutenot (obs. iv. Poncet de Lyon) et obs. vii.

Thèse de Jullian (obs. i.)

Thèse de Foucher (obs.)

On fera donc l'ablation quand ce sera possible.

Et pour faire l'extirpation, quel est le meilleur procédé? M. le professeur Verneuil préfère le thermo-cotère ou l'anse galvanique à l'instrument tranchant, comme plus hémostatiques; mais ces instruments produisent des brûlures et par suite des eschares qui retardent la guérison. Grâce aux moyens hémostatiques (pincés à forcipressure) et aux antiseptiques en usage aujourd'hui, l'ablation au bistouri avec suture immédiate, est encore préférable, et, avec *l'ignipuncture* nous ferons de *l'extirpation radicale* nos deux méthodes de prédilection.

(Le Dentu) (Poncet de Lyon).

(1) *Dict. Jaccoud. Article: Tumeurs érectiles.*

L'excision sera faite radicalement. Suivant le conseil de J-L. Petit, l'exérèse devra empiéter un peu sur les tissus sains, afin de ne pas mordre la zone hémorragique des dilatations vasculaires.

On pourra encore se servir de l'écraseur linéaire de Chassaignac, c'est à dire de l'écrasement linéaire ou *ligature extemporanée* en procédant avec lenteur afin d'éviter toute cause d'hémorragie.

L'usage de la ligature lente ou progressive est tombé en désuétude.

C'est à M.M. Richelot et Terrillon (1) que revient l'honneur d'avoir préconisé, à une époque où les injections coagulantes étaient le plus en honneur, l'ablation des angiomes en général, méthode qui, grâce à l'antisepsie moderne et aux procédés d'hémostase, en est devenue le traitement le plus rationnel, car « si l'extirpation a été considérée pendant longtemps comme une méthode d'exception, cela tenait à deux causes principales: la crainte de produire une plaie étendue susceptible de devenir la source d'un érysipèle ou d'une infection purulente, et surtout la crainte d'une hémorrhagie trop abondante (2). »

Il ne faut donc pas être trop exclusif dans le choix d'une méthode de traitement. tous les procédés pouvant être à leur tour utilement employés. L'âge et la santé du sujet seront pris en sérieuse considération et il serait imprudent d'exposer les jeunes enfants à des opérations sanglantes et prolongées. Enfin il y a des contre-indications et certaines tumeurs érectiles, étendues, diffuses ont une marche envahissante qui les place d'emblée au-dessus des ressources de l'art. (3).

(1) Société de Chirurgie. Séance du 27 juillet 1881.

(2) *Union médicale*, Paris, 1881, 3 s. t. xxxii, p. 589, RICHELOT.

(3) CHASSAIGNAC. *Bull. de la Soc. de chir.* t. II, p. 157, 1851-1852.

CHAPITRE VII

OBSERVATIONS CLINIQUES

OBSERVATION II

Tumeur de nature érectile mixte, du côté gauche de la langue ; — homme de 19 ans. Procédé opératoire : Ligature et incision. Chute de la tumeur au bout de 10 jours : — Guérison. (Traité des maladies de la langue. Gambérini. Bologne 1879.)

J'emprunte cette très importante observation au prof. Rizzoli. Elle remonte au 11 mars 1836.

Un jeune homme qui fut toujours sain a remarqué déjà depuis quelques mois sur la langue une petite tumeur inflammatoire et une tache sombre à la partie antérieure du bord gauche de l'organe. Au commencement, aucune douleur ; mais le volume de la langue augmenta, gênant la mastication et la parole. Ce gonflement s'accrut, suivi de douleur et de fréquentes hémorrhagies. L'examen objectif révèle une tumeur occupant presque la moitié de la langue, livide en quelques points et doublant quasi l'épaisseur de l'organe ; le volume et la couleur n'étaient pas les mêmes ; la modification indiquée était surtout très notable quand le malade parlait, elle était moins sensible quand il se taisait ou qu'il y exerçait une légère pression ; la tumeur était tout-à-fait indolore par elle-même, mais les mouvements de la langue étaient très douloureux. Elle en avait perdu une grande partie. La mastication et la parole étaient singulièrement troublées par la souffrance qu'elles provoquaient bien vite. La forme de la tumeur était ovale et aplatie, son grand diamètre était parallèle à l'axe de la langue ; l'extrémité antérieure atteignait la pointe de la langue ; la postérieure, manifestement curviligne, touchait à l'union de ses $\frac{2}{3}$ antérieurs avec son $\frac{1}{3}$ postérieur. La partie moyenne siégeant surtout à droite, occupait toute l'épaisseur de la langue ; le sommet, beaucoup plus sombre et plus mou que le reste, était le siège d'hémorrhagies qui s'étaient déjà répétées plusieurs fois. Tout cet ensemble de phénomène indiquait une tumeur de nature érectile mixte. Pensant qu'il fallait intervenir sans retard, Rizzoli adopta une méthode mixte de ligature

et d'incision intrabuccales et dans ce but fit construire deux aiguilles courbes analogues à l'aiguille lancéolée droite dont il s'était servi en un autre cas. Ces aiguilles ont été figurées et le procédé opératoire a été minutieusement décrit dans ce même journal (Anno 1856.) Le jeune homme fut guéri, recouvra l'entière liberté des mouvements de la langue, la parole prompte et claire, la mastication et la déglutition faciles.

OBSERVATION III.

In Traité des maladies de la langue. — Gamberini. — Bologne 1879.

Angiome de la Langue.

Le professeur Rizzoli observa un cas d'angiome de la langue qui a été décrit par le professeur Taruffi de la façon suivante :

Il s'agit d'une jeune fille de 22 ans encore vivante qui présente tout le 1/3 antérieur de la langue transformé en un tissu mou, de la couleur des plumes du paon, plein de bosses et irrégulièrement sillonné; qui, à la palpation, est fluctuant et à la compression diminue de volume; ce tissu s'est étendu sur le côté gauche vers la base de la langue, et son origine remonte à la naissance.

La même jeune fille présente une seconde tumeur ovale sous-cutanée au menton, avec une surface ondulée, qui en quelques points laisse transparaître une coloration violette, tumeur par elle-même compressible et située en dessous d'une ancienne cicatrice qui fut la conséquence de l'excision d'une petite tumeur vasculaire survenue dans les premiers mois de la vie extra-utérine.

OBSERVATION IV.

Traité des maladies de la langue. — Gamberini. — Bologne, 1879.

Angiome de la langue

Le docteur Fayrer de Calcutta rapporte un cas d'anévrysme cirsoïde de l'artère sublinguale, qu'il croit unique. Un indigène de 40 ans présente une tumeur sous le côté droit de la langue, environ du volume d'une mandarine,

de forme tortueuse, lobulée, et fortement pulsatile. Elle s'était accrue graduellement pendant 8 ans et était sujette à de violentes hémorrhagies; elle était antérieurement livide et assimilable à une grenouillette ordinaire. La ponction de la tumeur avec une aiguille cannelée donna lieu à un jet de sang artériel. On fit de la compression pendant un moment, et, avec une seringue à injections hypodermiques, une injection d'une forte solution d'acide tannique. Les battements cessèrent bientôt et la consolidation de la tumeur s'en suivit. Soumis à une longue observation le cas procéda avec satisfaction.

OBSERVATION V.

Angiome de la langue

INJECTION DE LIQUEUR DE PIAZZA.

Clinique de thérapeutique médico-chirurgicale, 1879, 15 juillet, M. de SAINT-GERMAIN.

Un jeune garçon de 6 ans est atteint d'une affection si rare que M. de St. Germain n'en a jamais rencontré à un tel siège. Il s'agit d'un angiome de la langue. On peut se demander pourquoi les tumeurs érectiles ne se développent pas sur cet organe comme sur tous les autres points du corps? Il n'est point aisé de résoudre cette question.

Le diagnostic ne saurait être douteux. Le jeune malade une fois sous le chloroforme, la langue est tirée au dehors avec une pince tenaculum à amygdalotomie. On peut alors constater qu'il n'y a aucune ulcération et que par la compression digitale, le volume de la tumeur est aisément et très sensiblement réductible, elle siège sur le bord droit et à la partie moyenne de la langue. Elle ne saurait donc être qu'un angiome.

Le traitement est celui des tumeurs érectiles.

M. de St. Germain y fait une injection de liqueur de Piazza (3 à 5 gouttes). Il ne retire la canule qu'au bout de quelques instants, quand la consolidation s'est effectuée.

(Cette observation a été publiée avant le résultat opératoire.)

OBSERVATION VI.

(*Transactions of the méd. soc. of the state of New-Yorck. Edw. Hunt* 1879).

Angiome caverneux de la langue.

Au mois de Septembre 1869, J. Kelly, âgé de 34 ans, marié, vint me consulter. Il y a 38 ans il remarqua une tumeur sur le côté droit de la langue. Il n'en éprouva aucun trouble, ni douleur, et la laissa tranquille. Il fut ingénieur à la fonderie « Townsend et Jackson » pendant ces 30 dernières années et ne perdit jamais un jour. Il y a environ un an il se brûla la langue avec une coupe de thé bouillant et la tumeur commença à se développer ; mais il n'en souffrit pas ; six mois après il se mordit accidentellement la langue ; et, depuis, elle s'est accrue rapidement ; dernièrement il y a ressenti une très vive douleur lancinante. Une abondante salivation l'inquiétait beaucoup ; il était très gêné dans la mastication et dans la déglutition.

Etat actuel. — Le sujet ne peut sortir la langue de la bouche à cause d'une tumeur étendue, fortement lobulée, qui occupe la moitié droite de la langue vers son tiers moyen. L'extrémité, le côté gauche et la base de la langue sont à l'état normal. La tumeur est excessivement vasculaire et présente une surface d'un rouge vif, elle saigne au moindre contact. Pas de douleur continue ; mais de très vifs élancements par moments. Sialorrhée. Quelque tuméfaction de la glande sous-maxillaire. Une grande gêne des fonctions de la déglutition et de la parole.

2 Septembre. En dépit des observations de tous les médecins à qui j'ai montré le cas, j'ai décidé d'enlever cette tumeur. En réalité, un seul des médecins refusait de tenter l'opération disant qu'il avait vu des malades succomber sur la table opératoire.

Le 2 septembre 1869 j'enlevai la partie malade en présence des Drs Van der Poel, Quackenbush, James S. Mosher, Boulware et Tompson.

Suivant mon avis et avec l'assentiment du malade je n'administrai pas d'anesthésique. L'opération dura 37 minutes. Elle fut faite avec l'écraseur. Il y eut d'abord une petite hémorrhagie bientôt suivie d'une hémorrhagie abondante (section de l'artère linguale). Application d'éponges imprégnées de perchlorure de fer qui arrêtent l'hémorrhagie par compression. — Sitôt enlevées, l'hémorrhagie recommence. — L'emploi du thermo-cautère ne donne rien. — La ligature seule arrête l'hémorrhagie ; pour l'empêcher de glisser, pince-ténaculum à demeure toute la nuit. Le malade fut peu épuisé par cette opération, car il se leva et se nettoya la bouche lui-même.

L'application de l'écraseur dura 15 minutes.

La tumeur enlevée était trilobulée, occupait le tiers moyen de la langue et principalement la moitié droite. On laissa une bonne portion saine de la langue.

Examinée au microscope la tumeur se composait de tissu fibreux dont l'origine fut supposée provenir d'un angiome caverneux. On y trouva de nombreux vaisseaux.

3 Septembre. — On enlève le tenaculum.

Complications : un peu de souffrance. Abondante salivation.

14 Septembre. — Petite hémorrhagie.

20 Octobre. — Guérison sans apparence de récidence.

OBSERVATION VII

Angiome de la langue.

M. le Prof. LE DENTU, in Thèse Arragon.

Il s'agit d'une femme d'une trentaine d'années entrée à l'hôpital Saint-Louis en 1881.

Pas d'antécédents syphilitiques, pas de maladies antérieures.

Cette femme portait un peu à droite de la pointe de la langue une petite tumeur, grosse comme un noyau de cerise, qui présentait tous les caractères d'un angiome.

L'ablation fut faite au thermo-cautère, en dépassant les limites apparentes de la tumeur.

La guérison eut lieu rapidement et sans hémorrhagie.

Malgré ce résultat très favorable, M. le professeur Le Dentu est convaincu que, dans les cas de ce genre, l'extirpation au bistouri, avec suture immédiate, vaudrait encore mieux.

OBSERVATION VIII

Angiome caverneux de la langue

New-York médical journal, 1883, p. 132.

Le Dr Fridenberg présente à la « New-York society of german Physicians » un cas d'angiome carverneux de la langue chez une jeune femme mariée. La tumeur avait pris naissance sous forme d'une petite tache bleue sur la

langue quand la malade n'avait que deux ans. Elle avait augmenté lentement, mais d'une façon constante, siégeant d'abord sur la ligne médiane pour occuper plus tard toute la moitié gauche de l'organe, qui était trois fois plus grosse que l'autre moitié, d'une coloration bleue presque noire, tendue et élastique au toucher et réductible par la pression. A la pointe de la langue le mal avait envahi la moitié droite, et l'on pouvait voir de semblables foyers de développement télangiectasique sur la moitié gauche du voile du palais et de la muqueuse buccale, s'étendant en avant jusqu'à la première molaire. Deux jours avant chaque époque menstruelle, la malade avait remarqué un accroissement de la langue en grosseur, toujours annoncé par une légère dysphagie, jusqu'à ce que le flux se fût bien établi. On pouvait sentir à l'angle gauche de la mâchoire inférieure une tumeur élastique de la grosseur d'un petit œuf de poule, facilement réductible par la pression; c'était évidemment la base de langue, présentant les mêmes caractères que le reste de l'organe.

M. le Dr Fridenberg demande si la ligature de l'artère linguale gauche n'est pas indiquée comme une méthode de traitement.

Le Dr Jacobi dit que, comme l'angiome est supposé être de nature veineuse, il ne pense pas qu'on retire du bénéfice de la ligature de l'artère. Dans le cas d'angiome caverneux des extrémités, la ligature des artères principales a été inutile. Si, dans ce cas, la carotide n'a pas encore été liée, il propose une compression expérimentale. Et si cette expérience amène l'affaissement de la tumeur, il sera alors facile de faire la ligature.

Il recommanderait cependant la destruction de la tumeur par l'ignipuncture, avec des aiguilles portées au rouge sombre.

OBSERVATION IX

Angiome sous la langue

New-York, *medical journal*. 1885. p. 689. W. H. HAYNES.

Il y a quelque temps, M^{me} F... mit au monde une petite fille bien constituée sur laquelle on remarqua un nœvus situé au tiers moyen de la lèvre inférieure, intéressant la muqueuse et la peau, au-delà du bord rosé dans une étendue d'environ les $\frac{3}{8}$ d'un pouce. A cette époque, rien de spécial dans la bouche. Trois mois après l'enfant me fut apportée à cause d'une tumeur apparue sous la langue, de chaque côté du frein, tumeur molle, lisse, sphérique, ayant absolument l'apparence des gravures qui représen-

tent dans les livres la grenouillette, sauf, que, dans ce cas, il y avait deux tumeurs, qui étaient si grosses qu'elles élevaient le niveau de la langue et empêchaient l'enfant de téter et de respirer. Elles étaient de coloration bleuâtre, molles, fluctuantes. Le nœvus avait aussi augmenté en étendue, il était devenu plus proéminent, d'une couleur rouge vif et saignait volontiers. Une ponction dans la tumeur sur le côté gauche donna issue à une certaine quantité de sang bleu veineux. Une ligature fut passée à travers la tumeur, à la manière d'un séton et solidement assujettie. Ce procédé fut suivi d'une hémorrhagie veineuse qui cessa spontanément au bout d'un moment et d'un affaissement de la tumeur. En peu de jours le tissu emprisonné par la ligature s'escharriffa, se gangréna, mettant en liberté la ligature et donnant issue à une masse spongieuse d'un brun noirâtre. Cette masse fondit graduellement et il se forma une cicatrice de sorte qu'il ne restait de la tumeur qu'un petit tronçon de tissu connectif recouvert par la muqueuse. La même opération fut répétée du côté droit. Cette fois cependant l'hémorrhagie consista en sang rouge vif, artériel, et cessa spontanément comme la précédente. A tous égards le processus de la réparation fut le même qu'à la 1^{re} opération. L'enfant n'éprouva par la suite aucune difficulté dans l'accomplissement des fonctions buccales. Le nœvus quoique s'étendant d'une marche parallèle à celle du corps laissait filtrer de temps à autre du sang rouge vif, accident qui fut réprimé par l'usage des styptiques.

Une aire de tissu cicatriciel avait apparu en cet endroit et nous espérons que, dans un temps, on fera la cure de cette affection par ce procédé.

OBSERVATION X.

Tumeur vasculaire de la langue. — Angiome artériel. — Trans. of the pathol. soci. of London, 1888, page 96. Frédéric TRÈVES.

Un gentleman âgé de 57 ans vint me consulter pour une grave hémorrhagie de la langue. Sauf cette hémorrhagie, sa santé était parfaite; c'était un homme robuste, actif, vigoureux. Il n'avait fait aucune maladie sérieuse, avait de temps en temps de légères douleurs rhumatismales, car il faisait partie d'une famille manifestement rhumatisante. Il était sujet depuis son enfance à des épistaxis. Ce trouble était héréditaire. Son grand-père, mort à 81 ans, avait présenté toute sa vie des épistaxis périodiques. Son père, ses deux oncles, un de ses frères, un fils et deux sœurs avaient toujours eu des épistaxis. Aucune trace d'hémophilie dans la famille. Le malade avait des épistaxis par intervalles

variant de 15 jours à 6 semaines. Il était sujet à des névralgies qui précédaient habituellement les épistaxis et qui étaient invariablement soulagées par elles. Il était gros, légèrement pléthorique, mais n'était sujet à aucun autre désordre vasculaire. Il transpirait toujours d'une façon excessive. Il y a 4 ans, il eut pour la première fois de sa vie une hémorrhagie linguale. Depuis qu'il fut affecté de cette hémorrhagie, il n'eut plus d'épistaxis. L'hémorrhagie linguale était moins fréquente que celle du nez et elle n'eut jamais lieu plus souvent que tous les 6 mois. A mesure qu'elle se renouvelait, elle devenait graduellement beaucoup plus abondante; la dernière fois elle avait été si abondante qu'elle fut cause d'une défaillance et d'un peu d'anémie.

La langue était petite, ferme, et lisse. Sur sa face dorsale il y avait 9 tumeurs rouges placées irrégulièrement près les unes des autres. La plus étendue située vers le milieu de la langue était de la grosseur d'un pois cassé. Elle était molle, d'un rouge vif, entièrement réductible. Toutes les autres taches rouges étaient en avant de celle-ci. La plus proche en grosseur avait les dimensions d'une graine de chénevis, les autres celles d'une tête d'épingle. La plus grosse était apparue la première. L'hémorrhagie avait été artérielle. Le sang avait coulé de plusieurs points, mais la plus grande hémorrhagie provenait de la plus grosse tumeur. Parfois l'hémorrhagie était apparue tout-à-fait spontanément, d'autres fois après un repas ou en mangeant. Il était évident que ces petites tumeurs étaient de vrais angiomes, formés d'artérioles dilatées et apparemment recouverts de la muqueuse. Je prescrivis de toucher fréquemment les parties avec une solution d'acide chromique à 10 0/0 et en 14 jours toute trace de désordre avait disparu.

Le malade recommença à saigner davantage du nez et les épistaxis continuèrent toujours depuis dans les mêmes conditions qu'avant. Il est impossible d'en saisir la cause. Il est évident que pour des raisons inconnues la muqueuse linguale avait pris la place de la muqueuse nasale comme siège du flux périodique.

Baumgarten dans son livre sur les Epistaxis (Vienne 1886) décrit une forme précisément semblable de tumeur vasculaire de la muqueuse nasale comme cause d'épistaxis spontanée à répétition. Il en parle comme de taches télangiectasiques de la grosseur d'une tête d'épingles semblables à de petites papilles implantées sur la muqueuse de la cloison ou sur le cornet inférieur. On pouvait les voir au moyen du speculum nasi.

OBSERVATION XI

Angiome artériel de la langue.

Id. Loco citato. fred. Treves.

Une femme mariée de 31 ans se présenta à l'hôpital de Londres en juillet 1887 avec une hémorrhagie grave de la langue. Elle était mariée depuis 11 mois et avait eu, avant son entrée à l'hôpital, un enfant alors âgé de 6 semaines ; santé parfaite, sauf un peu de faiblesse et d'anémie. Belle constitution, bon développement musculaire. Aucune maladie remarquable, mais elle avait souffert, durant toute sa vie d'adulte, de fréquents accès de violentes névralgies frontales.

Durant ces crises, elle était tout à fait en état de prostration, ce qu'elle exprimait en disant « qu'elle ne pouvait soulever la tête. » Elle avait toujours perdu beaucoup de sang à chaque époque menstruelle. Jamais d'hémorroïdes, ni de varices, ni d'épistaxis. Rien à noter dans ses antécédents héréditaires.

L'hémorrhagie dont elle se plaignait provenait d'une tumeur unique située sur le bord gauche de la langue en face des molaires. A part cette tumeur, la langue était parfaitement normale. La grosseur était de la tumeur d'une fève, arrondie, pédiculée, d'un rouge vif et avait l'aspect d'une framboise. Elle ne présentait pas de pulsation visible, mais elle était réductible par la pression et indolore. Elle avait commencé à croître pendant la grossesse, 4 mois avant qu'elle vint me consulter. Elle saigna pour la 1^{re} fois après l'accouchement et depuis, elle a fréquemment donné du sang.

L'hémorrhagie fut toujours spontanée et devint en ces derniers temps très alarmante. Une fois la malade affirma dans le style des malades des hôpitaux « qu'elle en avait perdu une pinte. » Le sang était artériel. Depuis que cette hémorrhagie s'est établie, la malade n'a plus eu de névralgie.

J'ai enlevé la tumeur avec les ciseaux et arrêté l'hémorrhagie au moyen du thermo-cautère.

La tumeur était molle, homogène et à la section présentait une coloration d'un rose terne.

Au microscope on reconnut un pur angiome artériel.

Les angiomes artériels de la langue sont rares.

Buttlin, dans son travail sur la langue ne fait mention d'aucun cas présentant ces caractères.

OBSERVATION XII

Angiome de la langue.

Loco citato. ibid. fred. Treves. 3 janvier 1888.

A propos du premier cas rapporté ci-dessus, je puis faire mention de celui d'une autre femme âgée de 28 ans, qui présentait une tumeur arrondie, molle, pédiculée, de la grosseur d'une noisette, siégeant sur le bord droit de la langue. Elle existait depuis 6 mois, apparut durant une grossesse, n'a jamais été hémorrhagique, excepté quand la malade se mordait, et elle n'avait aucun rapport avec la névralgie. Elle fut extirpée et il fut prouvé que la tumeur était formée de tissu fibro-cellulaire contenant un nombre inusité de vaisseaux larges à parois minces.

OBSERVATION XIII

Nœvus de la langue.

Médical society London. 23 janvier 1888.

M. John Morgan présente un petit garçon âgé de 4 ans ; sur le dos de sa langue on observe un petit nœvus, à l'âge de 18 mois. Cette tumeur avait une forme triangulaire. Comme depuis cette époque son développement avait été en harmonie avec celui de la langue et comme en plusieurs cas, M. Morgan a été témoin de la disparition spontanée de semblables tumeurs, sans traitement, il décida d'attendre, pour intervenir, le résultat de l'expérience de M. Pitts au moyen du thermo-cautère Paquelin sur le malade dont l'observation suit.

OBSERVATION XIV

Tumeur vasculaire de la langue.

Medical society London, 23 janvier 1888.

M. Pitts montre aussi un enfant de 4 ans qui présente une tumeur vasculaire, un nœvus de la langue. Cet enfant fut continuellement en traitement pour une glossite à répétition déterminée par une hypertrophie considérable de la langue. Celle-ci s'était progressivement développée, au point de sortir et de pendre en dehors de la bouche, dans un prolapsus constant. Cette macroglossie avait nécessité l'ablation d'un lambeau triangulaire de la langue en forme de V pour réduire son volume. Cette opération eut un résultat tout-à-fait satisfaisant. Son volume s'était accru de nouveau et M. Pitts propose d'essayer l'effet d'applications multiples du thermo-cautère Paquelin.

OBSERVATION XV

Angiome de la langue chez une jeune fille de 22 ans

Extirpation. — Guérison. — Martel de St. Malo; (in Bul. et m.ém. Soc de chir. Paris, 1889, n. s. xv, fasc. 4, p. 272.)

La tumeur qui existe depuis 2 ans environ s'est accrue plus rapidement pendant les derniers mois. Elle siège du côté droit de la langue, un peu en avant du tiers moyen; elle est grosse comme une aveline aplatie, allongée d'avant en arrière, bien limitée, mais se confond avec la muqueuse qui est adhérente, d'un bleu foncé, saine d'ailleurs, sans tendance à l'ulcération, ni à l'hémorrhagie, elle est mobile et se laisse facilement isoler des couches profondes et du corps musculaire de la langue.

L'extirpation est pratiquée le 8 février 1889.

Une injection de 5 centigrammes de chlorhydrate de cocaïne dans un gramme d'eau amène une ivresse qui ne se dissipe qu'après plusieurs heures, et

une insensibilité locale telle que, ni l'opération, ni le pansement ne provoquent de douleur et que la malade n'a aucune tendance à retirer la langue. Trois fortes aiguilles passées facilement au-dessous de la tumeur et un fil ciré retenu par leurs extrémités saillantes servent à la fixation de l'organe et permettent au besoin de la pédiculiser et d'assurer l'hémostase.

Dissection facile; pas d'autre écoulement sanguin que celui qui est fourni par une grosse veine et arrêté par le pincement; les tissus saisis dans les mors sont enlevés au thermo-cautère.

Pas de ligature; suture au fil de soie; guérison rapide; un peu de suppuration limitée au point cautérisé.

La tumeur s'est affaissée après l'opération. Quelques semaines plus tard je constate que la langue a repris sa souplesse normale et sa forme naturelle, sauf une légère dépression au niveau de la cicatrice.

OBSERVATION XVI.

Nœvus de la langue et Macroglossie.

British med. journal., 1889, *i.*, page 249.

M. Barling présente à l'association médicale anglaise de Birmingham, le 30 novembre 1888, un exemple de nœvus de la langue avec macroglossie enlevé à un tout jeune enfant âgé de 7 semaines. La langue fut fendue de la base du raphé jusqu'un peu au-delà de son milieu. Une ligature, placée sur le corps de la langue fut alors serrée autour de sa moitié droite et la partie malade fut enlevée au moyen des ciseaux.

Cette tumeur était de la grosseur d'une noix ordinaire.

L'enfant fut radicalement guéri.

OBSERVATION XVII.

Tumeur érectile veineuse de la partie postérieure de la langue. — Société de médecine Berlinoise.

VIRCHOW PRÉSIDENT.

Le 23 novembre 1887, M. Lazarus présente un malade qui, à diverses reprises a présenté des hémorrhagies qui en ont imposé pour des hémoptysies

et qui en avaient les caractères, bien que ses poumons fussent complètement sains. Finalement on découvrit le corps du délit et l'on vit que ces pseudo-hémoptysies devaient être rattachées à l'existence d'une petite tumeur érectile veineuse située à la partie postérieure de la langue.

OBSERVATION XVIII

Angiome de la langue.

Revue mensuelle des maladies de l'enfance, juillet 1888. Page 321. M. de SAINT-GERMAIN.

Ce petit garçon âgé de 2 ans environ a été amené à notre consultation il y a 15 jours et j'ai été absolument frappé des caractères bizarres présentés par sa langue qui a quadruplé de volume et au lieu de présenter une forme aplatie revêt à peu près l'aspect d'un cylindre-cône. Le cône représente la pointe, le cylindre, le corps même de l'organe. Si la forme est singulière, la couleur ne l'est pas moins. Elle est absolument violette, marbrée de-ci, de-là, par des trainées rouges, sur la partie latérale gauche; dans une étendue de quelques centimètres d'avant en arrière sur 1 centimètre de large, on retrouve la couleur normale de la langue; cette couleur rose se retrouve également à la base de l'organe, car la modification pathologique ne se trouve guère que sur les 2/3 antérieurs de la langue elle-même.

En examinant avec soin la surface de cette tumeur on trouve sur toute son étendue des vaisseaux rameux s'anastomosant entre eux. Quand on vient à comprimer légèrement la masse, on ne perçoit aucune fluctuation; on constate en revanche une élasticité marquée, et si on insiste en saisissant la tumeur entre le pouce et l'index et en exerçant une compression progressive, mais continue, on ne tarde pas à se convaincre de la réductibilité de la tumeur qui diminue de volume, qui pâlit d'une manière notable pour revenir bientôt à la coloration et au volume primitif dès que la compression a cessé.

Pas le moindre battement, pas la moindre fluctuation. La douleur est absolument nulle et le malade, malgré son jeune âge, se prête avec la plus grande complaisance au détail de notre examen.

Evidemment malgré la rareté du fait, puisque c'est la première fois que j'observe un angiome de la langue d'un petit volume, c'est bien à un angiome que nous avons affaire, angiome profond, croissant avec une certaine lenteur, mais n'ayant aucune tendance à la guérison spontanée.

Le diagnostic posé, on comprend toute la gravité du pronostic. Il n'y a donc pas de temps à perdre. L'Electrolyse me paraît-êtré ici la méthode de choix.

(Le petit malade était en traitement quand cette observation fut publiée).

OBSERVATION XIX

Angiome volumineux de la langue.

Guérison par l'Ignipuncture profonde. M. le professeur LE DENTU.

Il s'agit d'une fillette de 11 ans, très bien portante et sans autre lésion congénitale. Elle porte sur la langue un angiome qui s'est accru surtout depuis trois ans. Cet angiome forme une tumeur occupant la moitié droite de la langue sur une longueur de 5 centimètres. A son niveau la langue est doublée d'épaisseur. La pointe et la base sont respectées. Il est violacé, recouvert de papilles hypertrophiées, la pression le réduit incomplètement et les efforts augmentent visiblement son volume. Sa surface devient parfois douloureuse. L'articulation des mots est un peu gênée.

La malade fut chloroformée; la langue fixée avec une pince de Museux et je fis en pleine tumeur à l'aide de la fine pointe du thermo-cautère une vingtaine de ponctions profondes. J'eus soin de les espacer l'une de l'autre d'environ 1/2 centimètre, afin d'éviter les escharres. La pointe était au rouge sombre et je la laissais s'éteindre dans la tumeur. Je dus plonger la pointe à plusieurs reprises dans quelques points dont le sang jaillissait et suturer l'un d'eux avec un fil de soie fine. La malade put rentrer chez elle quelques heures après. Aucune réaction inflammatoire ne se développa les jours suivants et, un mois après, la tumeur était disparue, remplacée par un tissu ferme, scléreux à la surface duquel la muqueuse linguale avait repris son aspect. Un seul point du volume d'un gros pois, avait conservé une teinte violacée. J'y pratiquai quelques semaines plus tard trois nouvelles ponctions ignées. J'obtins ainsi une guérison définitive avec une restitution parfaite de la forme de l'organe.

OBSERVATION XX

Angio-fibrome de la langue.

Deutsche Zeitschrift für Chirurgie. 1889. T. 29, page 581. Dr G. FISCHER
in Hannover.

Un homme de 37 ans, menuisier, né de père et mère bien portants, n'ayant jamais été malade, remarqua, il y a 21 mois, sous le maxillaire inférieur gauche, une tumeur de la grosseur d'une noisette, tumeur mobile, indolore qui croissait insensiblement. Il y a un an, il sentit dans la bouche, une tuméfaction croissante qui, depuis 6 mois, occasionnait une gêne de la déglutition et de la parole. En même temps il accuse avoir craché une fois du sang noir. A son entrée à l'hôpital (4 juin 1888) le sujet était mal nourri, avait une apparence cachectique; son visage était défait, avait une teinte jaune pâle. Mais l'appétit était conservé ainsi que le sommeil et il se promenait gaillardement dans la chambre. Il se développa au cou d'un angle à l'autre de la mâchoire inférieure, une grosse tumeur, limitée de chaque côté, par les bords des muscles sterno-cléido-mastoïdiens. Elle atteignit presque le maxillaire inférieur, dont on pouvait encore facilement sentir les bords. Son plus grand diamètre horizontal mesurait 22 cent. Elle s'étendait jusqu'au corps de l'*os hyoïde* qui était repoussé par en bas, de sorte que sa distance au menton était de 8 cent. Il y avait, au milieu, un sillon peu profond; à gauche elle était plus saillante qu'à droite. La tumeur était molle et suppurait. Dans la peau, normale, non adhérente, il y avait une grosse veine bleuâtre. A la pression de la moitié gauche, le côté droit se gonflait. Dans la même moitié de la tumeur on voyait et on sentait, à un examen minutieux, de faibles battements. Le pouls de l'artère maxillaire externe était facilement perceptible; mais en un point situé bien plus bas que normalement. Avec le stéthoscope placé dessus, on entendait les bruits isochrones au pouls radial. A chaque ondulation du pouls on entendait un souffle qui disparaissait par la compression de la carotide primitive, et qui se produisait immédiatement dès que la pression cessait. Cherchait-on à écarter la partie gauche de la tumeur avec les doigts en se dirigeant en haut et en dedans, au voisinage de la carotide sans la comprimer, le bruit cessait. Dans la moitié droite de la tumeur, les battements et le frémissement étaient très faibles. On y sentait une bousculure. Plusieurs ponctions exploratrices furent pratiquées; une seule donna du sang, toutes les autres furent blanches. Quand on mouva la pointe de

l'aiguille, il se produisait un petit craquement. On avait l'impression qu'elle passait au milieu d'une masse solide et non dans un espace creux. La bouche ouverte, on voyait saillir à gauche la muqueuse du fond de la cavité buccale, derrière les dents. La partie gauche de la langue semblait épaissie et faisait fortement saillie en haut, de sorte que le dos de la langue touchait presque la voûte palatine. Au toucher, elle était fortement tendue, mais élastique, comme à l'état normal. Le malade ne pouvait plus tirer la langue dont la pointe était repoussée à droite. Pour le reste, rien d'anormal, ni à la langue, ni dans le fond de la bouche. La muqueuse avait partout sa couleur normale. On y voyait ni ulcération, ni dilatation vasculaire; on ne sentait ni induration, ni pulsation. La déglutition était bornée aux liquides; la salivation se faisait bien. La parole était à peine compréhensible; la respiration était libre; le cœur et les poumons sains; l'urine ne contenait pas d'albumine.

Diagnostic. — Tumeur maligne.

Pronostic. — Par la suite le malade fut dans l'impossibilité d'avaler. Une extirpation était dangereuse pour la vie; peut-être ne pourrait-on pas la mener à bonne fin.

Mis au courant des dangers de l'opération, il la *réclama* pourtant, car il était tout-à-fait las de cet état insupportable.

Opération :

Incision parallèle au maxillaire, à la partie supérieure de la tumeur, que l'on cherche à dégager.

Grosses veines et artères dilatées coupées et liées. On ne réussit pas à mettre la tumeur à jour. On agrandit l'incision; et l'on n'y réussit toujours pas.

La tumeur se faufilait partout entre les muscles; elle était diffuse et non capsulée. Une veine de la grosseur du pouce, à l'angle de la mâchoire droite fut sectionnée et liée. On enleva la glande sous maxillaire droite. On tomba dans la cavité buccale sans pouvoir dégager la tumeur de la muqueuse.

Durée. — Une heure et demie.

Pendant l'opération, collapsus, mort malgré plusieurs injections d'éther et de camphre.

Cependant la tumeur cervicale s'était affaissée considérablement, de sorte que lorsqu'après la mort on l'eût enlevée en entier, la tumeur linguale en formait le corps principal auquel la tumeur cervicale était appendue comme un diverticulum.

Examen de la tumeur. (Institut Pathologique de Goettingue.)

La moitié gauche de la langue était surtout notablement hypertrophiée dans sa partie moyenne et postérieure et séparée de la moitié droite par un sillon peu profond.

Sur le dos de la moitié gauche de la langue et sur sa face latérale, (à l'exception de la pointe et de la base) s'élevait une grosseur de 8×4 cent. Elle était d'un rouge bleuâtre, avait un aspect grasseyé, et aboutissait par des bords irrégulièrement escarpés à beaucoup d'endroits, à l'épithélium d'un blanc bleuâtre du voisinage. A la limite des tiers moyen et postérieur, le sommet de la tumeur était irrégulièrement concave et il commençait à se faire, dans l'étendue de 1 centimètre carré, une escharre d'un bleu verdâtre. Une coupe longitudinale à travers la moitié hypertrophiée de la langue découvrit tout d'abord un grand nombre de vaisseaux très larges, semblables aux veines par les caractères de leurs parois. Ces vaisseaux formaient à la surface de la langue un lacis compact et on pouvait les suivre au loin dans l'épaisseur de la langue hypertrophiée. A environ un centimètre de la surface de la langue, une coupe soignée découvrait encore un vaisseau de plus d'un centimètre de diamètre. Les vaisseaux présentaient aussi bien à la surface de la langue elle-même que dans son épaisseur un grand nombre de varicosités. On trouva à la base de la langue un vaisseau presque du calibre du petit doigt, avec un thrombus stratifié très adhérent à sa périphérie et d'une organisation déjà avancée.

La partie hypertrophiée de la langue se composait d'un tissu d'apparence grasseyé, ferme, d'un blanc grisâtre qui était composé en majeure partie d'éléments du tissu fibreux. On y voyait encore un semis de nombreux petits points jaunâtres, la plupart réunis en tas, qui, comme l'examen récent le démontra, provenaient de tissu grasseyé. A la base de la langue et à sa pointe seulement existait encore de grosses masses musculaires qui donnaient à ces parties une couleur rouge, et qui, sans limite tranchée, se confondaient avec les parties décrites ci-dessus, tandis que le tissu gris et jaune s'infiltrait en bandes toujours plus larges entre les faisceaux musculaires. Il y avait aussi partout dans les parties les plus riches en muscles des points gris et surtout jaunes disséminés. On trouva encore plusieurs filets nerveux de 2 à 3 millimètres à gaine très épaissie.

Le professeur ORTH désigna cette tumeur une *hypertrophie angio-fibromateuse*.

L'origine et le diagnostic de cette tumeur mixte sont d'un intérêt exceptionnel. Dans la langue, les deux espèces de tumeurs : fibrome et angiome caverneux, étaient combinées. Au cou on ne trouva que cette dernière.

La marche clinique a montré qu'elle avait débuté par un angiome caverneux dont le siège primitif était en un point de la profondeur du cou répondant à la base de la langue.

OBSERVATION XXI.

Nous avons pu voir dans le service de M. le Docteur Terrier à l'hôpital Bichat un jeune garçon qui présente un angiome étendu de la face, du cou et de la langue. A son entrée à l'hôpital, cet organe hypertrophié, pendait en dehors de la bouche, de sorte que M. Terrier a en pratique la résection d'une bonne partie.

OBSERVATION XXII

Angiome de la langue

Nous avons vu dans le courant du mois de janvier dernier, à la consultation du Bureau central, où il nous avait été adressé par notre collègue, M. Lemoult, un jeune homme de vingt-cinq ans environ, qui avait un angiome de la langue. Cette tumeur, érectile, d'un rouge violacé, molle, réductible à la pression, occupait toute la moitié gauche de l'organe, et s'étendait de la pointe à la base. Elle remontait à la naissance. Le malade avait de l'embarras de la parole. Nous le priâmes de venir le lendemain matin dans le service de M. le Professeur Le Dentu. Mais craignant sans doute une intervention active, il n'y vint pas et nous n'eûmes plus de ses nouvelles.

Nous avons recueilli deux autres cas d'angiome de la langue (1).

PALLETTA a vu une tumeur de la moitié gauche de la langue, étendue de la pointe à la base, indépendamment d'un peloton de varices entrelacées.

(VIRCHOW. *Geschwülste*, III, 400).

C. JOSEPH a décrit, sur une femme de 50 ans, une tumeur caverneuse sublinguale, violacée, qui s'était étendue à droite sous la langue, de sorte qu'elle faisait saillir du côté opposé la surface de cet organe. — Sous la muqueuse buccale miroitaient un grand nombre de veines dilatées. La tumeur était réductible à la pression.

(1) *Deut. Zeitschrift für chir.*, 1889, tome 29.

Disparition en trois semaines au moyen de la ligature lente et progressive :

(In *Günzburg's Zeitschrift*, VIII, 525).

Pour les autres cas voir les thèses suivantes, qui ont précédé celle-ci.

FOUCHER. Paris, 1862.

(Observations, I, à XII).

JULLIAN, Bordeaux, 1886.

(Observations, I, II, III, IV, XVII, XVIII, XIX).

COUTENOT. Paris, 1887.

(Observation, I, à IV, inclusivement).

CHAPITRE VIII.

Conclusions

Les angiomes de la langue sont rares.

Leur étiologie est obscure: peut-être sont-ils congénitaux. Il y en a qui apparaissent à la naissance, il en est d'autres qui ne se révèlent que plus tard.

Leur diagnostic est en général facile. Leur pronostic, rarement fatal, est pourtant grave. Cette gravité dépend à la fois du siège et de l'étendue de ces tumeurs, et surtout de leur nature et de leur marche, c'est à dire de la tendance qu'elles peuvent avoir, à un moment donné de se développer rapidement, sous l'influence d'une pensée subite, et des hémorrhagies auxquelles, par suite, elles peuvent donner naissance.

L'évolution des angiomes, n'est pas, en effet, toujours la même et ils peuvent se comporter bien différemment.

Les uns, peu étendus, bien limités, restent stationnaires et comme à l'état latent; on en a même observé qui ont pu disparaître par une régression spontanée.

D'autres ont une progression lente, en harmonie avec le développement de l'organe;

Il y en a enfin qui ont une marche envahissante et qui, se développant brusquement d'une façon excessive, peuvent devenir inquiétants par leur volume même et inopérables; s'ulcérer soit spontanément, soit sous l'influence du plus léger traumatisme, et donner lieu à des hémorrhagies abondantes, à répéti-

tion, qui mettent la vie en danger. C'est à ces accidents que le pronostic emprunte son caractère le plus fâcheux.

Quelle que soit donc la variété d'angiome à laquelle on a affaire, il faut se hâter d'intervenir.

Dans le premier cas, en face d'un angiome stationnaire, par une opération oportune on mettra le sujet à l'abri du développement ultérieur de la tumeur et des accidents consécutifs.

Dans le second, en présence d'un angiome envahissant, à marche rapide, aiguë et en imminence de devenir hémorrhagique, à fortiori y a-t-il urgence d'intervenir sans retard.

Quant au traitement à opposer à ces sortes de tumeurs, il serait téméraire d'en préconiser une seule méthode à l'exclusion des autres.

Le traitement variera selon les cas; il n'y a pas de règle fixe à ce sujet et telle méthode, bien indiquée dans certaines circonstances, le sera moins bien dans d'autres. Le choix de la méthode à employer sera soumis et approprié aux caractères de la tumeur, à son siège, à son étendue, à son volume, à l'âge et à l'état du sujet, etc.

Les injections coagulantes ont donné de bons résultats; mais il faut agir avec prudence vis-à-vis d'un organe vasculaire comme la langue; et ce procédé est infidèle.

Les deux procédés de choix auxquels nous donnerons la préférence sont:

L'extirpation radicale quand l'angiome est superficiel, circonscrit, peu étendu et voisin de la pointe ou des bords de la langue; en un mot bien accessible; *et l'ignipuncture profonde* au moyen de la fine pointe du thermo-cautère, dans les cas étendus et profonds.

Ce dernier procédé surtout a donné des résultats rapides et des plus remarquables.

Le président de la thèse,

A. LE DENTU

Vu : le Doyen,

P. BROUARDEL.

Vu et permis d'imprimer :

Le vice recteur de l'académie de Paris.

GRÉARD.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- ABERNETHY. Traité des nævi materni. Londres, 1806, II, 239.
J. BELL. Surgical Works. Édimbourg, 1801, I, 439.
BILLROTH. Élém. de Path., 1880.
BUTTLIN. Diseases of the tongue. London, 1883.
BOECKEL. Dict. Jaccoud. Art. *Erectiles*.
BOUISSON. Art. *langue*. Dict. encycl. des sc. méd.
BÉRARD. Mém. sur le trait. des tum. érect. *Gaz. méd.*, 1811, 689.
BROCA. Traité des tumeurs, 1867. Tome II.
CORNIL et RANVIER. Hist. path. Paris 1882.
CRUVEILHIER. Anat. Path. Paris, 1856, III, 880.
CLARKE. Diseases of the tongue.
COSTILHES. Nævus maternus et tum. érect., Paris, *Revue méd.*, 1851, 324.
ESMARCH. Arch. für path. Anat. Berlin, 1834, VI, 34.
DUPUYTREN. Clin. chir. 1839, III, 202.
DOLBEAU. Grenouil. sangui. *Union méd.* 2, 1857.
DEMARQUAY. Tum. de l'orbite, pages 351 à 353.
DEBIERRE. Dict. Dechambre. Art. *Erectiles*.
FOLLIN. Path. Ext. Paris 1861, I, 204.
GRAEFÉ. Angiesktasie. Leipzig, 1808.
GAMBERINI. Traité des maladies de la langue. Bologna, 1879.
HOLMES COOTER. *Méd. Gaz.* Nævi Materni. 1850, X, 412.
GERDY. Chir. prat. Paris, 1832, II, 486.
LABOULBÈNE. Thèse du nævus. Paris, 1854.
LANNELONGUE et MÉNARD. Tumeurs congénitales, 1891.
LANCEREAUX. Anat. path.
LEBERT. Anat. path., Paris, 1883, I, 208.
MONOD. Thèse. Angiome simple, Paris 1873.
MOREAU. Path. ext. de Vidal (de Cassis), 1861, II, 37.
J. L. PETIT. Œuvres posthumes, 1774.
LUIGI PORTA. Dell'Angiectasia, Milano, 1861.
QUÉNU. Nouveau traité de chirurgie, Paris, 1891. (Duplay et Reclus). T. I, Angiomes, p. 4.
LUCKE. die Angiome, Erlang, 1869, et Virchow's Archiv.

- MAISONNEUVE. Inj. coag. Clin. chir., 1869.
NUSSBAUM. Baierisches Ärztliches Intelligenzblatt, 1861.
PAGET. Lect. of. surg. path., London, 1863, VII. 267. Érect. Tumours. London, 1870.
PAULI, (de Landau), Ueber das Feüermal, etc., Leipzig, 1833, vol. V, I, 166
REDARD. Congrès de Washington, 1888.
PRAYAZ. Inj. coag. Bul. soc. chir., 1863.
RECLUS. Path. Ext., Paris, 1886.
RIZZOLI. Collezione delle memorie chirurgiche, Bologna, 1869, I, 103.
ROKITANSKY. Lehrbuch der path., Anat. Wien, 1853, I, 208.
ROBIN. Mém. sur l'anat. des tum. érect., Soc. biol., 1853, V, 173.
SAINT-GERMAIN (DE). *Union médicale*, 1874.
TARRAL. Traité des tum. érect., *Arch. gén. de méd.*, 1834, Tome VI, p. 5.
TERRIER. Path. Ext., Paris, 1875 et Thèse Agrég. Anévr. cirsoïde, 1872.
VIRCHOW. die Krankhaften Geschwülste et Geschwülste, Berlin, 1867, III T. VI.
Thèse de FOUCHER. Paris, 1862.
— LAFFONT. Paris, 1878.
— DUCHEMIN. Paris, 1880.
— DE TOUAÏLLE DE LARABIE. Paris, 1882.
— H. ARRAGON. Paris, 1883.
— DIDIER. Paris, 1886.
— COUTENOT. Paris, 1887.
— MANON. Bordeaux, 1886.
— JULLIAN. Bordeaux, 1886.

